

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM

UM BREVE OLHAR ...

dos Enfermeiros na Interacção Mãe-Bebé

Autora:

Teresa Margarida Carreira

SANTARÉM
Julho de 2006

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SANTARÉM

UM BREVE OLHAR ...

dos Enfermeiros na Interacção Mãe-Bebé

Análise Crítica elaborada no âmbito da candidatura ao concurso de provas públicas para Professor Adjunto, para a área científica de Enfermagem na Vertente de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, na Escola Superior de Enfermagem de Santarém de acordo com a alínea b) do nº.1 do artigo 25º. do Decreto-Lei nº. 185/81 de 1 de Julho

Autora:

Teresa Margarida Carreira

SANTARÉM
Julho de 2006

*A mesma alma governa os dois corpos...As coisas
Desejadas pela mãe encontram-se muitas vezes
Gravadas no corpo da criança que a mãe traz dentro
de si, no momento em que as desejou.*

Leonardo Da Vinci, *Quaderni*

INDICIE

	f.
0 - INTRODUÇÃO.....	7
1 - MULHER: TRANSFORMAÇÃO DO PAPEL NA SOCIEDADE E NA MATERNIDADE.....	11
1.1- PAPEL DO FUTURO PAI.....	13
2 - GRAVIDEZ E MATERNIDADE: DUAS DIMENSÕES DIFERENTES MAS INTERLIGADAS.....	16
2.1- INSTINTO/COMPORTAMENTO MATERNO: INATO OU ADQUIRIDO.....	18
3 - LIGAÇÃO/INTERACÇÃO MÃE-BEBÉ.....	22
4- ALEITAMENTO MATERNO: FACTOR INERENTE À INTERACÇÃO MÃE-BEBÉ.....	28
5 - RESPONSABILIDADE DO ENFERMEIRO ENQUANTO PROMOTOR DA INTERACÇÃO MÃE-BEBÉ.....	31
6 - METODOLOGIA.....	38
6.1- TIPO DE ESTUDO.....	38
6.2- PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	39
6.3- TRATAMENTO E APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS.....	36
7- ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	41
7.1- INTERACÇÃO MÃE-BEBÉ.....	41
7.2- INTERVENÇÃO DOS ENFERMEIROS.....	45
8 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	49
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	52
ANEXOS	
Anexo I – Quadro Geral das Categorias, Subcategorias e Unidades de Registo.....	56

ÍNDICE DE QUADROS

f.

Quadro nº.1 - Conceitos dos enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica sobre interacção mãe-filho e forma de a promover.....	40
---	----

ÍNDICE DE FIGURAS

f.

Figura nº. 1– Determinantes das representações da gravidez e maternidade.....17

0 – INTRODUÇÃO

A elaboração deste trabalho prende-se essencialmente com sendo necessário, para concurso de provas públicas para professor-adjunto da carreira docente do Ensino Superior Politécnico da Escola Superior de Enfermagem de Santarém, publicado no Diário da Republica nº. 102 de 26 de Maio, conforme Edital nº. 242/ 2006. Neste contexto e de acordo com a alínea b) do nº.1 do artigo 25º. do Decreto-Lei nº. 185/81 de 1 de Julho, as provas para concurso compreendem a discussão de em estudo proposto pelo candidato que se constitua uma actualização de conhecimentos técnicos ou uma análise crítica sobre um tema compreendido na área para que for aberto o concurso. É portanto, inserido neste requisito que procedemos a uma análise, direccionada para a interacção mãe-filho.

Toda a formação, realização profissional e pessoal faz-se através da uma informação constante e de uma transmissão cultural e científica do saber, abarcando todas as dimensões da vida. É uma mistura de vivências e experiências pessoais e profissionais, que se combinam, que se fortalecem e alicerçam.

A perspectiva para a enfermagem no século XXI, é que todos os enfermeiros procurem evidência e a apliquem na sua prática quotidiana (Craig e Smyth, 2004).

No âmbito da campanha para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde, tem havido muita discussão sobre a prática baseada na evidência. Segundo as autoras acima mencionadas, a prática baseada na evidência tem sido descrita como “fazer bem as coisas certas”; isto significa, não só fazer as coisas de uma forma mais eficaz e com os mais elevados padrões possíveis mas também assegurar o que é bem feito, é feito “bem”- para que se o obtenham mais resultados benéficos do que nocivos. (Craig e Smyth, 2004:4)

Tendo por base estas ideias, diversas foram as razões para determinar a escolha desta temática do estudo: por um lado existia a necessidade imperiosa de elaborar um estudo que se constituísse como actual e pertinente para a área de ensino, por outro lado, imponha-se que fosse enquadrado nos cuidados de enfermagem desta área, ou seja, na vertente de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

Justificam-se estas razões pelo facto de que, uma das funções desempenhadas nesta Escola de Enfermagem, prende-se com a leccionação de aulas teóricas, teórico –

práticas e com o acompanhamento e orientação de alunos da licenciatura em ensino clínico, nesta área específica de enfermagem, e portanto as diversas vertentes associadas à gravidez parto e pós parto são abordadas, mobilizadas ou articuladas, nomeadamente a dimensão psicoafectiva.

O ensino de enfermagem tem procurado ajustar-se aos progressos científicos e técnicos, e simultâneamente para a melhoria da sua qualidade. Neste sentido pensamos ser, através da articulação ou conjugação dos sistemas de ensino e/ou das práticas pedagógicas com os contextos e mercados de trabalho, que se consegue perspectivar progresso na qualidade de ensino. Nesta perspectiva relevamos o desempenho, práticas e atitudes dos enfermeiros como co-responsáveis na formação de outros enfermeiros, minimizando assim a distância entre a teoria e a prática, aproximando a escola à realidade das instituições e oferecendo aos estudantes uma maior riqueza de experiências.

A última razão mas não menos importante, foi a vontade de o fazer numa vertente do “sentir experienciado”, e esta justifica-se basicamente pela seguinte frase: sou enfermeira especialista em saúde materna e obstetrícia e sou mãe!

Fazendo a súmula de todas estas razões, ou sendo em “redor” delas que se optou por desenvolver a reflexão sobre **“Um breve olhar... dos enfermeiros especialistas na interacção mãe-filho”**

Nos últimos anos tem-se desenvolvido inúmeros trabalhos relacionados com a maternidade, seja na perspectiva materna ou na do filho.

Porém a vivência da maternidade tem sofrido alterações; ou seja quem opta por ser mãe fá-lo de maneira diferente ao que acontecia no passado, sendo fruto das diversas e profundas transformações sociais, familiares ou económicas.

A confirmação da gravidez faz despoletar na mulher/ casal um misto de emoções complexas, em que o imaginário se cruza com o presente, num novo papel desempenhado pelos futuros pais. O nascimento de um bebé proporciona ao casal uma oportunidade de conhecerem e aprofundarem novos aspectos da personalidade e de adquirirem novas responsabilidades e funções. Sabemos hoje em dia que os fetos, já no útero possuem capacidades que se irão desenvolver e consolidar quando nascem. São participantes activos na “arte de sedução” dos progenitores, especialmente através das suas capacidades sensoriais. Reconhecemos além disso, que a qualidade das relações estabelecidas entre os bebés e os progenitores se irão repercutir na construção da sua

personalidade, na auto-estima, segurança e nas relações futuras que irão estabelecer. Mas, a história começa ainda antes da concepção, nos sonhos e nos desejos dos futuros pais.

Cada progenitor traz da família de origem várias aprendizagens consoante a cultura, normas, crenças, nomeadamente as mulheres. Apesar de várias crenças conhecidas, ser mãe não pressupõe a existência de capacidades ou comportamentos naturais ou inatos, exige sim, aprendizagens e desenvolvimento de algumas capacidades, sejam elas feitas de maneira formal ou informal. Afim de desenvolver umas e adquirir outras, as mulheres necessitam acima de tudo é de um apoio incondicional e de terem segurança nelas próprias para se adaptarem ao novo papel que é ser mãe, sendo neste âmbito que os enfermeiros devem intervir – educar para a saúde. Estamos conscientes de que todas as intervenções de enfermagem que ocorrem durante a gravidez, parto e pós parto têm repercussões na mulher/casal/família a diversos níveis, seja psicológico seja comportamental, bem como podem ainda exercer um enorme impacto e influência acerca dos futuros modelos de maternidade/paternidade.

Face ao exposto facilmente se depreende a importância do processo educativo - informativo que deverá ser levado a cabo pelos enfermeiros, com vista à sensibilização e motivação para a interacção mãe-bebé. É um processo onde estes técnicos (enfermeiros) desempenham um papel preponderante e decisivo, não só pelos conhecimentos, técnicas e experiência, mas acima de tudo pela responsabilidade que um educador assume nomeadamente no estabelecimento de relações afectivas.

Estes aspectos levaram à questão de partida: **“Como é que os enfermeiros entendem e promovem a interacção mãe- bebé ?”**

Os objectivos delineados para esta reflexão foram os seguintes:

- Identificar as percepções do enfermeiro especialista relativamente à interacção mãe-filho
- Analisar as concepções do enfermeiro no que concerne às expressões ou formas de promover a interacção mãe-filho

Estruturalmente este estudo está organizado por capítulos, os primeiros cinco, constituem-se como o enquadramento teórico servindo de suporte científico à temática, tendo sido desenvolvidos em torno das seguintes vertentes: a transformação do papel da

mulher na sociedade e na maternidade, a gravidez e maternidade, a interacção mãe-bebé, o aleitamento materno como factor inerente à interacção mãe-bebé e o papel do enfermeiro. Os outros dois capítulos, são referentes à metodologia, apresentação e análise de resultados. Por último temos as considerações finais nas quais realçaremos em que medida esta reflexão contribuiu para o ensino de enfermagem ou para a profissão.

1 - MULHER: TRANSFORMAÇÃO DO PAPEL NA SOCIEDADE E NA MATERNIDADE

A definição de família é referenciada por diversos autores sob diferentes formas, consoante as sociedades ou circunstâncias. É na família que o ser humano nasce e cresce como pessoa. A transformação da família inicia-se nos finais do século XVIII, e com a revolução industrial o conceito de família mudou significativamente.

Ao longo dos tempos, até à Revolução Industrial a família funcionava como uma unidade, basicamente de produção possuindo uma estrutura patriacal, na qual o homem tinha o poder absoluto, ditando as normas e regras da casa, e caracterizava-se por extensa; as mulheres e crianças estavam subordinadas e eram desvalorizadas.

A forma como a mulher tem sido percepcionada ao longo dos tempos caracterizaram o seu papel na sociedade e obviamente na maternidade.

Estas percepções sempre se relacionaram com crenças, leis, aspectos económicos, ou por factores organizacionais. As inúmeras alterações da sociedade ocasionaram portanto mudanças no papel da mulher, devendo-se estas, a uma série de factores que passam nomeadamente pela evolução sócio-cultural e económica.

Assim, o papel da mulher na sociedade, era considerado como um papel passivo desempenhando funções na educação dos filhos e nas tarefas relacionadas com a casa ou lar. A sua importância social emergia quando nasciam os filhos, sendo o número de filhos sinónimo de prosperidade e de fertilidade.

O conceito de ser mulher desde sempre passou pela maternidade. As meninas aprendem a cuidar das bonecas, a “fazer comidinha”, a cuidar da casa; todas as brincadeiras são no sentido de que a mulher deve desenvolver tais acções ou atitudes quando crescer. É assim que as mulheres nas sociedades tradicionais, tendem a dar continuidade aos ensinamentos veiculados pelas suas progenitoras ou outras mulheres da família. Estas dão apoio e conselhos, transmitem conhecimentos experienciados (através do seu papel de mãe) no que se refere à gravidez e parto, aos cuidados ao recém-nascido ou à educação dos filhos. Para além destes aspectos, a própria criança/jovem observa, lida, envolve-se e aprende através da forma como as outras mulheres amamentam, cuidam e prestam cuidados aos seus filhos. Assim se inicia um processo de identificação materna baseado noutros modelos maternos, nomeadamente o da própria mãe. É neste contexto e com enorme envolvimento de todos os subsistemas familiares

que cada mulher concebe, constrói e desenvolve a “sua maternidade”, não podendo ser portanto, dissociado do contexto cultural, social e familiar em que está inserida, apesar de cada mulher a vivenciar de um modo muito particular e único.

Porém nas sociedades industrializadas, as profundas mudanças socioculturais, económicas, políticas ou religiosas, ocasionam mudanças e adaptações da família e dos seus subsistemas, à gravidez e ao seu significado.

A este respeito, Galvão (2006: 23) diz-nos que *“A industrialização motivando a urbanização e a evolução da família tradicional rural e alargada para urbana, nuclear e por vezes monoparental fez com que a família deixasse de ter o apoio e efeito “doula”, que tinha não só um efeito educativo e emocional, como de ajuda nos trabalhos domésticos.”*

Apesar da adaptação às mudanças sociais, económicas, culturais, a família continua a desenvolver-se, mantendo algumas funções.

É na família que a criança/jovem vivencia experiências e cria modelos identificatórios fundamentais para a formação da personalidade e para os relacionamentos interpessoais futuros. Agora, o elemento distintivo da família é a identificação de um vínculo afectivo a unir as pessoas, gerando comprometimento mútuo, solidariedade, identidade de projectos de vida e propósitos comuns.

As uniões (casamentos) já não se fazem para as pessoas saírem de casa dos pais ou para cumprirem as suas vontades. Os parceiros actuais procuram antes de mais a felicidade, elegem as suas relações amorosas como manifestação última da sua vontade e da sua autonomia. Existe maior liberdade interior para assumir erros ou mudar situações intoleráveis.

Actualmente não existe um modelo da família nuclear tradicional, existindo variações não só na estrutura familiar mas também nos papéis familiares e nas próprias pessoas, nomeadamente para a mulher.

Para a mulher, esta época é marcada também pelo facto de ter uma participação cada vez maior no mercado profissional, político, económico e social, implicando portanto limitações e competitividade. Isto deve-se principalmente às mudanças do seu comportamento: pela sua integração no mercado de trabalho, no aumento de escolaridade, pela decisão de ter poucos filhos, o uso de contraceptivos. Neste contexto, a imagem da mulher é multifacetada, comportando e valorizando características e papéis intelectuais, profissionais, físicos, relacionais, sociais e maternos.

Hoje em dia o que marca a diferença da experiência da gravidez e/ou maternidade da mulher, na sociedade actual, é a possibilidade de opção. É uma época caracterizada pelo acesso a diversos métodos contraceptivos, ao recurso a tecnologias de reprodução, ao acesso a procedimentos e técnicas cada vez mais sofisticadas, todos eles para pôr em prática a sua capacidade de reprodução.

As consequências podem ser múltiplas e diversas mas reportamo-nos apenas à diminuição das taxas de natalidade que na nossa opinião se deve, entre outras a opções ou escolhas de índole pessoal, por impossibilidade biológica, pelas limitações impostas de origem profissional ou ainda por questões económicas.

Ser mulher, ter filhos e assumir o papel de mãe, é entre outros aspectos, transmitir heranças diversas desde a genética, aos costumes, valores e significados mas é igualmente, num contexto de intimidade, aceitar a diferença da individualidade.

1.1- PAPEL DO FUTURO PAI

Na nossa sociedade, cada vez mais constatamos que o relacionamento dos casais é baseado em relações simétricas, onde a constante negociação é uma prática quotidiana, especialmente no que diz respeito às responsabilidades e aos cuidados prestados aos filhos. Isto leva a que os pais (homens) passem mais tempo com os seus filhos e assim experienciem novos sentimentos e responsabilidades paternas, ao contrário das últimas gerações. (Retirado da <http://www.redsistemica.com.ar/paternidad.htm> dia 19/06/2006).

Não poderíamos falar do papel da mulher sem deixarmos de focar a dimensão paterna, justificada pela sua relevância e pertinência. Apesar de não ser feita de forma aprofundada, que o tema merece não deixamos de a abordar, uma vez que inserida nesta temática depara-se como bastante actual e importante.

Cada vez mais, verificamos mudanças de atitudes (no sentido de igualdade) relativamente à atribuição de papéis familiares e aos comportamentos esperados seja no âmbito social, económico ou no profissional.

Estes aspectos são corroborados por Smith e Reid citados por Stanhope (1999: 502) ao referir que: "...ambos os parceiros têm direitos iguais no papel de suporte económico e responsabilidades iguais nos cuidados à casa e aos filhos, incluindo as obrigações de contribuir igualmente ou equitativamente nas despesas familiares."

Tendo por base estes e outros aspectos, poderemos reportar-nos à alteração de papéis familiares tal como atrás foi abordado, nomeadamente o papel do futuro pai/marido/ companheiro, pela grande importância que irá desempenhar para a mulher grávida e pela influência que poderá exercer no estabelecimento e desenvolvimento da tríade familiar mãe- pai-filho.

Na antiguidade a gravidez, parto e pós parto era um assunto que envolvia apenas mulheres. Os homens eram totalmente colocados à parte do acontecimento, sendo considerados como indesejáveis ou rejeitados; depois do nascimento, os pais eram descritos como sendo “alheios” e ausentes nos cuidados que a mãe prestava ao bebé. A aceitação dos homens neste acontecimento na vida das mulheres demorou séculos, até aos nossos dias. Apesar deste avanço, ainda existe sociedades (Nova Guiné) que continuam a encarar o parto como um fenómeno único, vivido somente pela mulher. Pelo contrário, na Malásia e Himalaias o parto é tradicionalmente partilhado pelo pai, tendo por função por exemplo, massajar o abdómen da mulher durante as contracções ou permanecer junto dela durante todo o trabalho de parto.

O grande enfoque da actualidade e na nossa cultura passa portanto, pelo papel do futuro pai, uma vez que devemos ter em consideração que a gravidez é uma situação que envolve não apenas a mulher mas também o companheiro ou toda a sua família “nuclear”, bem como amigos e o meio social envolvente.

O processo da gravidez, parto e a vinculação precoce são fortemente influenciados pelas atitudes do pai, diz Brazelton (1993: 54), assegurando ainda que “*a natureza das relações conjugais durante os primeiros três meses da gravidez é fortemente condicionante da adaptação da mãe ao período que se segue ao parto*” (Grossman et al., 1982 citado por Brazelton, 1993: 54)

Segundo Richardson (1983, citado por Perry, 1999: 118), refere, as mulheres grávidas têm duas grandes necessidades: a primeira é a necessidade de receberem sinais de que são amadas e valorizadas e a segunda é a de terem a certeza de que o seu companheiro aceita a criança e a integração desta na família.

Para a futura mãe, o reconhecimento do papel do pai da criança, vai ajudá-la quer na tarefa de se separar do feto e de diferenciá-lo das suas fantasias, quer pelo facto de lhe reafirmar que ela não é, por si só, responsável por quaisquer sucessos ou insucessos. Podem assim, estes aspectos minimizar os seus receios de inadaptação e a ansiedade perante o novo papel a desempenhar. (Brazelton, 1993: 36)

Cada vez mais o homem demonstra-se decidido a partilhar a experiência da gravidez e do nascimento, adopta um papel activo no apoio à mulher, nomeadamente no acompanhamento a exames, consultas, realização de trabalhos domésticos, assiste às aulas de preparação para o parto, numa partilha que consolida os laços intra casal, tão necessária à adaptação bem sucedida da mulher à gravidez. Parece-nos evidente este acontecimento ser cada vez mais actual no homem moderno, sobretudo nas famílias nucleares e urbanas em que a mulher se encontra só, sem a ajuda e apoio das “outras” mulheres da família; esse apoio chega-lhe através do companheiro/marido que na retaguarda ou simplesmente pela presença, a pode ajudar e apoiar.

É neste sentido que, as atitudes do marido/companheiro relativamente à mulher grávida contribuem grandemente seja para a aceitação ou rejeição da gravidez, quer para todo o desenrolar desta, do parto e do pós parto. O apoio emocional do pai, durante a gravidez contribui assim para uma adaptação bem sucedida da mulher ao seu novo papel.

A corroborar estes aspectos, Gomes – Pedro (1995), refere que o papel desempenhado pelo pai durante a gravidez parece ser um dos aspectos mais relevantes entre os factores que influenciam o comportamento materno e o processo da vinculação mãe-filho.

2- GRAVIDEZ E MATERNIDADE: DUAS DIMENSÕES DIFERENTES MAS INTERLIGADAS

Embora a importância e vivências da gravidez e maternidade tenham variado com o decorrer do tempo e com os contextos sócio-culturais, em quase todas as épocas e em quase todas as culturas ocupam um lugar central.

Gravidez e maternidade não são sinónimas, ou seja, podem ser duas realidades diferentes, na medida em que, desejar uma não significa desejar e assumir a outra. *“Por vezes confundidas e interpretadas como sinónimas dentro da realidade que é ser mãe, sustentam na sua interligação todo um processo geracional da vida”* Mendes (2002: 23)

Poderemos dizer que, a gravidez é um período que provoca inúmeras alterações na vida da mulher concomitantemente à vida familiar e social. Isto é, a gravidez requer uma adaptação da mulher enquanto pessoa, sob o ponto de vista físico, pessoal e psicossocial.

A par com as mudanças fisiológicas e alterações da imagem corporal, ocorrem mudanças na sua identidade (com expectativas e ansiedades) e nas representações sociais ou papéis sociais. Podemos assim dizer que *“...a gravidez é uma experiência transformadora e integradora em termos biopsicossociais...”* Mendes (2002: 25)

“Em qualquer mulher, a gravidez reflecte toda a sua vida anterior à concepção. As suas experiências com a mãe e com o pai, as experiências subsequentes com o triângulo edipiano e as forças que a levaram a adaptar-se a este com maior ou menor sucesso, finalmente, a separar-se dos pais, tudo isto influencia o seu novo papel.” (Brazelton, 1993: 19)

Segundo Canavarro (2001:19): *“A gravidez transcende o momento da concepção assim como a maternidade transcende o momento do parto. (...) gravidez e maternidade são processos. Do ponto de vista psicológico são processos dinâmicos, de construção de desenvolvimento.”*

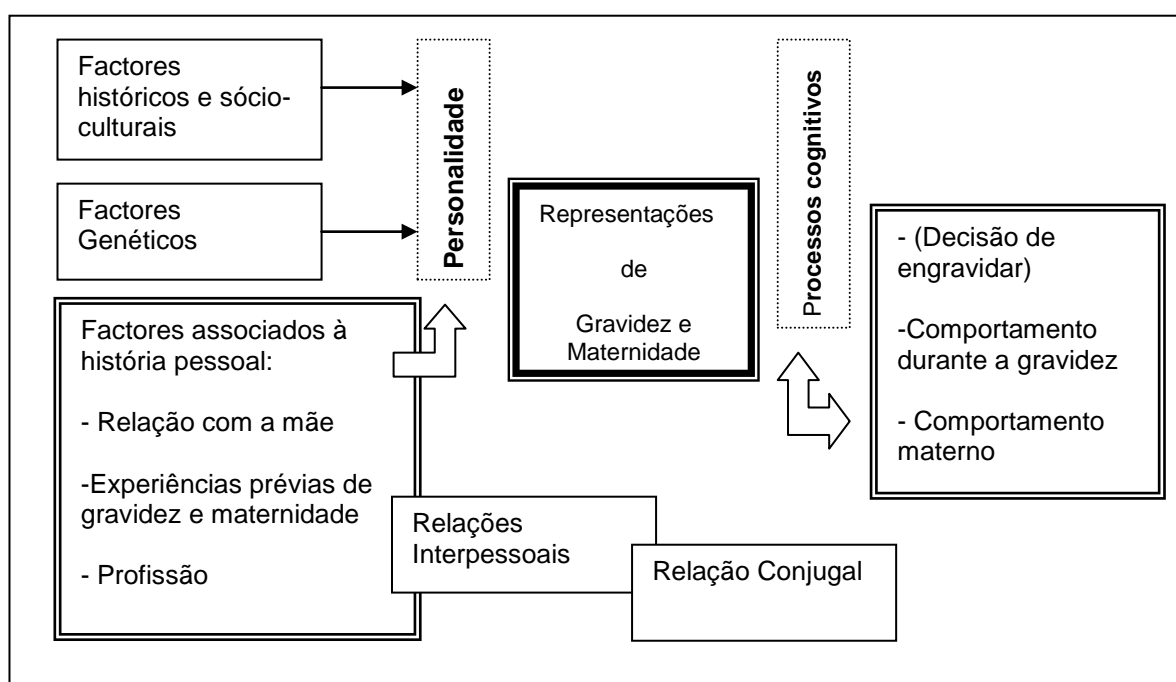
A gravidez é um processo que corresponde a um período que medeia a concepção e o parto, de cerca de 40 semanas, portanto bem definido temporalmente.

Vários autores reportam-nos para o facto de que a mulher durante a gravidez, começa a idealizar/imaginar a responsabilidade de cuidar do bebé e simultâneamente começa a organizar-se cognitivamente, afim de construir o papel de mãe e poder assumi-lo, implicando reorganização de funções e de papéis.

É importante conhecer as representações, ou seja o conteúdo dos esquemas cognitivos, sobre a gravidez e maternidade para melhor conhecer o comportamento de uma mulher grávida ou de uma mulher que é mãe (Canavarro, 2001: 20). Diz-nos ainda a autora que *“As representações com que cada mulher caracteriza a gravidez e a maternidade dependem de muitos factores, muitos deles em constante mudança.”*

Na figura 1, encontra-se um modelo representando os factores, considerados pela autora, como os que têm maior influência na construção de representações sobre a gravidez e a maternidade

Figura1 – Determinantes das representações da gravidez e maternidade



Fonte: Canavarro (2001), Psicologia da Gravidez e da Maternidade

A maternidade por sua vez, não é construída “instantaneamente” nem acontece num único momento e bem definido, vai sim, emergindo gradualmente de uma aprendizagem desenvolvida ao longo do tempo e nos meses que antecedem e se seguem ao nascimento do feto. É assim um projecto a longo prazo ou um processo que ultrapassa a gravidez.

A experiência da maternidade é infinitamente variável dependendo do significado social que lhe é atribuído, estando portanto relacionada e sob influência de crenças, valores, culturas.

Como anteriormente foi referido, a gravidez envolve não só adaptações biofisiológicas mas também adaptações psicossociais de preparação da mulher para a maternidade, marcando o início de uma nova fase no ciclo vital da mulher. Acompanhada de profundas mudanças a todos os níveis, a gravidez é um enriquecimento e desafio para a mulher mas também uma fonte de tomada de consciência, atenção e preocupação. Ou seja, assim como pode ser uma experiência gratificante, pode ser uma altura/ momento /período de crise, stress. No entanto, serão estas transformações e adaptações que irão proporcionar a aquisição de novos conhecimentos e competências fundamentais para uma transição para a maternidade e assim efectivar a integração do seu papel de mãe.

É neste contexto que poderemos afirmar que apesar de poderem não ser sinónimas, gravidez e maternidade, estão inexoravelmente interligadas na medida em que a gravidez é considerada como um ponto de viragem para a maternidade. (Mendes, 2002: 33)

A maternidade deixou de ser uma prioridade ou objectivo da sua vida e a mulher passou a ter outros, nomeadamente a carreira. Por outro lado, optou por reduzir o número de filhos e vivenciar a maternidade cada vez mais tarde, sendo estes dados interpretados por alguns especialistas como positivos no sentido que haverá maior disponibilidade materna para desenvolver e aprofundar vínculos afectivos com o filho.

2.1-INSTINTO/ COMPORTAMENTO MATERNO: INATO OU ADQUIRIDO ?

No passado, a maternidade não era uma escolha da condição feminina, sendo por vezes considerada como uma fatalidade. A ideia de ser mulher era inseparável à da maternidade, sendo que a negação da maternidade era interpretada como defeito. Na sociedade do século XV a gravidez era encarada como um dever para a mulher casada.

O evoluir destas mudanças no papel da mulher também se reflecte numa outra dimensão da sua vida, que é a gravidez /maternidade e em todos os aspectos que com ela se relacionam.

Hoje ser mãe, já não é uma imposição do papel feminino, sendo cada vez maior o número de mulheres que optam por não ter filhos. Por outro lado, quando o fazem, pertence-lhes a decisão e opção de escolha do momento em que querem sê-lo. Conciliar a capacidade e o desejo de ser mãe é que define actualmente esse instinto ou conceito de maternidade, pois cada vez mais a mulher é aquilo que a faz sentir-se bem consigo própria, usufruindo com mais e melhor qualidade dos diversos momentos do seu ciclo de vida.

Actualmente as mulheres têm um papel mais activo e participativo nas diferentes dimensões da vida, seja económico, social ou político. Neste contexto, a gravidez pode acontecer na vida da mulher não como um acto meramente biológico mas também um processo de cariz social, na medida em que a mulher assume uma nova identidade que é ser mãe e devendo portanto, desempenhar um outro papel, que é o papel de mãe.

Os conceitos e as atitudes relativas à maternidade, ao papel maternal ou ao instinto maternal, igualmente têm sofrido modificações, variando em todo o mundo nas diferentes sociedades. Neste contexto, podemos dizer que, o que nos faz pensar que toda mulher comporta naturalmente um desejo de ser mãe, não é senão uma construção social.

O mito acerca do instinto materno foi construído historicamente. Isto porque, segundo Elizabeth Badinter,(1980) no seu livro *Um amor conquistado: o mito do amor materno*, revela que até o séc. XVIII a criança era tratada com indiferença e frieza, sendo considerada imperfeita e inacabada.

No dizer desta autora, a indiferença das mães (em relação aos filhos) é interpretada como uma forma de defesa delas. Justificada pela perda dos seus filhos, uma vez que existia uma grande mortalidade infantil nos primeiros anos de vida. No final desse século, houve uma mudança radical nessa linha de pensamento ou da teoria em vigor; sendo justamente a frieza e a apatia dos pais, especialmente da parte da mãe, apontadas como a causa da alta taxa de mortalidade infantil. Neste contexto, houve a necessidade de alertar e estimular as mães para as mudanças de atitudes relativamente aos seus filhos, no sentido de serem cuidadosas e amorosas, tendo por finalidade a protecção da vida deles. Criou-se, assim, o mito de um instinto materno, na medida em que, os cuidados maternos passaram a ser considerados fundamentais para a sobrevivência e o desenvolvimento da criança.

(retirado da <http://www.psiq.ue.br/instintomaterno.htm> dia 18/06/2006)

Segundo vários autores, esta é a teoria actual na medida em que percebemos e concebemos as crianças como seres carentes, necessitados de afecto e cuidados maternos. Assim sendo o amor materno é imperativo, apesar de existir opiniões contraditórias relativamente ao facto de ser inato ou poder ser construído/ adquirido.

Sem dúvida que as dádivas da área da psicologia e da psicanálise contribuíram para a transformação dos discursos acerca da criança, para que a concepção acerca da importância (básica e essencial) do amor materno se legitime.

(Retirado da <http://www.educacioninicial.com/ei/contenidos/00/0350/395.ASP> dia 19/06/2006)

É neste contexto actual que a maternidade assume novos contornos, não podendo ser entendida meramente como “instinto”, “inato” ou “natural”, mas antes como um processo construído e influenciado por diversos factores.

É nesta linha de pensamento que, C. Kinsley e K. Lambert na revista "Scientific American" de Janeiro, dizem: "... nos mamíferos, todas as fêmeas sofrem profundas mudanças comportamentais durante a gravidez e a maternidade." Segundo estes autores referem, na década de 1940, foi demonstrado que, as hormonas sexuais femininas (estrogénios e progesterona), modulam determinadas respostas. Mais tarde, ficou claro que essas hormonas sexuais, juntamente com a prolactina, mensageiro essencial à produção de leite, são fundamentais para a adopção do comportamento materno. Nos últimos 20 anos, além destas hormonas, foram descritos mediadores químicos que também exercem influência no comportamento materno através de acção directa sobre o sistema nervoso central. É o caso das endorfinas, produzidas pela hipófise e pelo hipotálamo para combater os efeitos nocivos da dor, mediadores libertados em quantidades crescentes à medida que a gravidez se aproxima do fim. Estas (endorfinas), no dizer de Kinsley e Lambert, contribuem com duas funções simultaneamente, que são: a redução da dor e a instalação do comportamento maternal. No momento do parto, a hipófise e o hipotálamo produzem ainda, a ocitocina, hormona que estimula as contracções uterinas, a produção do leite e estimula ainda o hipocampo, área cerebral envolvida no processamento da memória e aprendizagem. O mais interessante, segundo estes autores é que, apesar do aumentado significativo das hormonas e dos mediadores citados, o comportamento materno diminui a “dependência” deles, sendo este dado justificado simplesmente pela presença do filho. Isto é, a análise dos autores supracitados, é no sentido de que o comportamento materno já não “necessita” de outros estímulos (hormonais) mas apenas se baseia na relação com o filho agora presente.

Retirado da <http://www.associacaoartemis.com/artemis/lista.php?p=10&idx=297> dia 18/06/2006)

Apesar de várias crenças conhecidas, ser mãe não pressupõe a existência de capacidades ou comportamentos naturais ou inatos, exige sim, aprendizagens e desenvolvimento de algumas capacidades, sejam elas feitas de maneira formal ou informal. Afim de desenvolver umas e adquirir outras, as mulheres necessitam acima de tudo é de um apoio incondicional e de terem segurança nelas próprias para se adaptarem ao novo papel que é ser mãe.

No terminus deste subcapítulo do trabalho, a questão coloca-se numa outra perspectiva, o que pode ser feito para a adaptação ao novo papel?

3- LIGAÇÃO/ INTERACÇÃO MÃE-BÉBÉ

Rubin (1984 citado por Mendes, 2002) identificou a gravidez como a primeira fase do processo da ligação que continua depois do nascimento e reconheceu-a como a base da relação mãe-filho.

A gravidez é simultaneamente uma transformação biológica, social e pessoal que põe a mulher em contacto com um processo que suscita sentimentos bastante diversificados e profundos, bem íntimos em cada mulher. É portanto um dos momentos mais importantes do ciclo vital da mulher/casal, podendo vir a conferir a oportunidade de atingir outros níveis de desenvolvimento da personalidade, de bem-estar e de auto-conhecimento.

Brazelton (1993) refere que “ *as forças biológicas e ambientais que levam homens e mulheres a desejarem ter um filho e as fantasias desse desejo podem encadear-se como a pré-história da vinculação*”.

Desde a concepção, vai-se construindo no interior da mulher um “espaço” propício para o desenvolvimento posterior da vinculação; desde muito cedo são transmitidas sensações, informações que influenciam a relação afectiva futura: os sentimentos maternos (alegria, tristeza, ansiedade, ...) que o feto capta e reage a eles.

O início desta relação, acontece possivelmente antes da gravidez, desenvolve-se com esta, consolida-se no parto e aprofunda-se ao longo da vida.

No dizer de Mendes (2002:40), “*ao longo da gravidez, a relação mãe-filho vai-se construindo a partir de representações cognitivas maternas, onde o “bebé imaginário” desempenha um papel determinante na edificação dessa relação*”; as representações cognitivas são aqui entendidas como fantasia, na qual o indivíduo faz parte e na qual são possíveis as permutas de papéis.

Assim podemos afirmar, que as representações cognitivas da mulher, depende de factores como a personalidade da mulher, o modo como se adapta à situação que está a vivenciar, a imagem que interiorizou da sua mãe e de si própria enquanto mãe e “mãe ideal”, as expectativas que foi edificando durante a sua vida no contexto familiar e no meio social a que pertence”

A tarefa da gravidez pode emergir como um turbilhão ou como uma fonte de ansiedade, sendo vulgar neste período verificarem-se algumas regressões emocionais. A

preparação psicológica, simultaneamente inconsciente e consciente, está intimamente ligada às fases físicas da gravidez na mulher (Brazelton, 1993: 31).

As experiências da mãe durante a gravidez desempenham um papel preponderante na ligação e construção adaptativa ao feto. Este processo evolui ao longo da gestação, existindo fases ao longo de cada trimestre da gravidez vividas pela mãe. Segundo vários autores as alterações psicológicas e/ou emocionais vão-se fazendo acompanhar pelas alterações fisiológicas da cada trimestre da gravidez.

No dizer de Saunders (2002: 223), “ *a mulher aceita o facto biológico da gestação. Ela deve ser capaz de declarar Estou grávida e incorporar a ideia de uma criança no seu corpo e na sua auto-imagem – 1ª fase; (...) Na 2ª fase – a mulher aceita o feto em crescimento de maneira distinta dela e como uma pessoa a ser nutrida, podendo dizer Vou ter um bebé (...); na 3ª fase - a mulher prepara-se realisticamente para o parto e maternidade expressando o pensamento Vou ser mãe e define a natureza e as características da criança*”.

Ainda relativamente a este aspecto Canavarro (2001: 37) refere-se à associação entre as tarefas de desenvolvimento e cada período específico da gravidez. Inserida no primeiro trimestre, a primeira tarefa designa-se por *Aceitação de gravidez*, sendo a sua principal característica a ambivalência, pois, a mulher apesar de desejar a gravidez, vê-se definitivamente confrontada com uma nova realidade para si e para a sua família. Depara-se com a existência futura de um novo ser, não o conseguindo dissociar de si como ser autónomo. Nesta fase sente-se ambivalente, acerca do modo como a gravidez pode decorrer, o seu desfecho, quais as modificações físicas futuras, a aceitação da família e qual o apoio que terá nessa nova etapa da sua vida.

A segunda tarefa inserida no segundo trimestre, designa-se por *Aceitação da realidade do feto*. A principal característica desta tarefa prende-se com a diferenciação mãe-feto, em que a mãe passa a aceitar o feto como entidade separada. Esta percepção é fundamental para ligação materno-fetal e para futura separação física de ambos no momento do parto. A terceira tarefa, segundo a autora diz respeito à *Reavaliação e reestruturação da relação com os pais*, surgindo de novo um interesse em reatar os pensamentos e atitudes que tinha para com esta. Neste segundo trimestre, surge uma última tarefa (a quarta) que se designa por *Reavaliação e reestruturação da sua relação com o cônjuge ou companheiro*, na qual o casal terá de colocar à prova a sua relação e reaprender a viver com um novo ser humano, podendo surgir novas problemáticas que terão de ser resolvidas ou ultrapassadas a dois.

No último trimestre surge a quinta tarefa, a qual se caracteriza pela *Preparação para a separação*, que ocorrerá com o parto. Todas as actividades como a preparação do enxoval, escolha do nome do bebé, preparação do quarto, segundo Mendes (2002: 32), são características desta tarefa e ajudam os futuros pais a “*personificar o feto para que este não seja um estranho na altura do nascimento*”. A sexta tarefa designa-se de *Reavaliação e reestruturação da sua própria identidade* (identidade materna). Esta fase é como que uma “união” de todas as outras tarefas focadas anteriormente, na medida em que a mãe engloba conceitos apreendidos anteriormente, tais como: qual o valor de ser mãe, quais as suas funções e implicações futuras, quais as novas limitações e quais as novas benesses. A autora refere ainda o caso de mulheres múltiparas, nas quais se deve acrescentar uma outra tarefa: a sétima tarefa, que consiste em *Reavaliar e reestruturar a relação com o(s) outro(s) filho(s)*; estas mulheres, iniciam habitualmente a gravidez manifestando ansiedades diferentes das referidas pelas mulheres que vão ser mães pela primeira vez; uma vez que têm uma família mais complexa sob o ponto de vista relacional, a tarefa de assumir a identidade materna para incluir a nova criança, é mais exigente.

Corroborando os outros autores Brazelton (1993: 33) refere: “ *A gravidez encerra três tarefas diferentes, cada uma delas, associada a uma fase diferente do desenvolvimento físico do feto.*”

A primeira tarefa acontece na primeira fase, é relativa á aceitação da notícia da gravidez, apesar de não haver evidências da existência do feto; na segunda fase os pais reconhecem no feto um ser nomeadamente pelos movimentos fetais. Este autor diz-nos que a vinculação mais precoce se inicia neste momento; a mãe reconhece a vida do feto, com possibilidade de uma relação, identificar-se-á com ele colocando-se inconscientemente no seu lugar experimentando novos sentimentos de fusão e simbiose com a própria mãe.

Por intermédio do filho que não nasceu, este “regresso ao útero” fantasiado, é como se a futura mãe pudesse recuar e ir buscar os aspectos gratificantes das suas primeiras relações com a mãe, para se retemperar e revitalizar. Assim, podemos afirmar que a mobilização de velhos e novos sentimentos fornecem a energia necessária para o vasto trabalho de adaptação a um novo bebé.

Na terceira e última fase, os pais começam a encarar o futuro filho como indivíduo: cada vez mais separado e real, interactivo.

Parece-nos ser este o momento de nos debruçarmos um pouco acerca destas terminologias: vinculação, ligação afectiva, interacção mãe - bebé.

Segundo Mendes (2002), os trabalhos desenvolvidos nesta área (ligação materno-fetal), foram fundamentalmente baseados em duas teorias: a teoria da vinculação de Bowlby (1969) e a teoria das tarefas maternas na gravidez de Rubin (1975).

Assim, a teoria da vinculação é entendida como um laço privilegiado, que a criança estabelece com uma determinada figura humana, sendo usualmente aquela que lhe presta cuidados; essa relação privilegiada confere-lhe, segurança e protecção, estando presente desde o nascimento.

A vinculação na criança à sua figura de vinculação é um pré requisito para as relações futuras, ou seja, a pessoa constrói nessa interacção um processo de referência, a partir do qual analisa e avalia outros tipos de relações que virá a estabelecer posteriormente.

Deste modo, a vinculação pressupõe a construção de uma relação onde a segurança é a base primordial na interacção que se estabelece entre os intervenientes dessa relação.

A propósito de relação, Canavarro (1999), distinguiu dois tipos de relação: as relações interpessoais e as ligações afectivas. As relações interpessoais podem ser diádicas, triádicas dependendo do número de pessoas que participam na relação e podem ter uma longa ou curta duração; as ligações afectivas por sua vez, são unidireccionadas apenas ao indivíduo, tendo estas por definição uma duração prolongada. Relativamente à relação de vinculação, a autora refere que, apesar desta ser um tipo específico de ligação afectiva, os dois conceitos não são equivalentes. Isto é, a vinculação pressupõe a necessidade de obter segurança, e esta, (necessidade de segurança) não tem que estar presente numa ligação afectiva. Assim sendo, a relação de vinculação tem por objectivo estabelecer, entre a mãe e o bebé, relações distintas e privilegiadas.

A teoria das tarefas maternas na gravidez segundo Rubin (1975 citado por Mendes, 2002), baseia-se na designação de *incorporação*, o que significa que ao longo de toda a gravidez a mãe vai integrar uma nova relação com o seu feto numa relação a dois, ao mesmo tempo que se dá o crescimento físico do mesmo, dentro do seu útero. Ou seja, esta relação baseia-se na preparação da mãe durante o período peri-natal (nomeadamente no último trimestre) para acolher o seu filho.

Nesta perspectiva poderemos entender o conceito de Ligação Materno-Fetal definido por Cranley (1981, citado por Mendes 2002) como “ *os comportamentos da mulher que representam ligação e interacção com o seu filho ainda por nascer.*”

O momento do parto surge como o corolário da gravidez e/ou da maternidade, ou seja, um momento desejado e simultâneamente temido. A mãe tem de estar pronta para criar novos laços e de mostrar-se disponível para entrar num estado de envolvimento total. Brazelton (1993: 42) reporta-nos para as inúmeras tarefas que a mulher tem de se defrontar, apontando as seguintes:

- Fim abrupto da sensação de fusão com o feto, das fantasias de perfeição e de onnipotência fomentadas pela gravidez
- Adaptação a um novo ser, provocando sentimentos de estranheza
- Lamentar a perda do filho imaginário e adaptar-se às características do bebé real
- Dominar o medo de fazer mal ao filho
- Aprender a tolerar as exigências do bebé

Todos estes aspectos, segundo o autor refere, representam um esforço psicológico imenso, mas o resultado final culmina numa “...nova identificação materna, concentração dos afectos e capacidade para se aperceber e se ajustar a uma realidade nova e inescapável.”

No momento do nascimento, os pais confrontam a sua esperança com a realidade, podendo olhar o filho que “fantasiaram” desde o início da gravidez, dissipando todos os temores de possíveis anomalias ou deficiências.

E, a aventura da “descoberta” do filho segue a sua “viagem” no pós-parto.

Viver esta experiência é a realização de um investimento pessoal e relacional. A expectativa na gravidez e mesmo antes desta, são de base projectiva e a criança nasce investida (bebé imaginário), não pelo “aqui e agora” da relação, mas pelo que se fantasiou da sua imagem. As projecções vão sucumbindo à medida que a realidade relacional se vai instalando.

O bebé vem munido de tudo o que é necessário para o estabelecimento do vínculo afectivo: será uma força poderosa capaz de contribuir seja pela sua dependência, seja por outros comportamentos (choro, sorriso,...), sendo portanto uma relação que se estabelece e se consolida dia após dia. Para todos aqueles que convivem - Pai, Mãe e tantos outros - este apelo à relação é irresistível.

Hoje em dia reconhecemos que os fetos, já no útero possuem capacidades que se irão desenvolver e consolidar quando nascem. São participantes activos na “arte de sedução” dos progenitores, especialmente através das suas capacidades sensoriais.

Os bebés encontram-se aptos para recompensá-los através das aptidões que apresentam e estas, ao serem cruzadas com as reacções dos pais no momento do parto, irão conjugar-se para favorecer o desenvolvimento da vinculação entre ambas as partes.

O poder e/ou o desejo de estabelecer vínculos, este, sim, é inato ao Ser Humano. O momento do nascimento é o “Tempo-Zero” da relação, onde se deve despojar, o mais plenamente possível, das expectativas pessoais e sociais (principalmente as relacionadas com o desempenho de papéis), para se investir nesta nova possibilidade de vinculação emocional que surge. E aí, sim, é criado o vínculo, nascem os papéis: Mãe - Filho, Pai - Filho.

Como foi dito anteriormente gravidez e maternidade pode não significar o mesmo, mas mais do que ter um filho, é ser mãe ou pai e desejar sê-lo, e assim é que poderemos definir a verdadeira maternidade e paternidade.

Reitera-se a importância da disponibilidade materna para a relação com o filho porque certamente ela irá reflectir-se no desenvolvimento da personalidade e nas relações futuras que esse filho virá a estabelecer com os outros.

Uma relação de troca afectiva, de protecção, de carinho e mimo e simultaneamente de gratificação materna pelo bem-estar e saúde do bebé. Uma relação maternal implica uma enorme disponibilidade para dar, mas ser mãe é isso mesmo: cuidar e estar disponível para a relação, é ter desejo de manter um contínuo relacional ao longo da vida.

4- ALEITAMENTO MATERNO: FACTOR PROMOTOR DA INTERACÇÃO MÃE-BEBÉ

A literatura enumera diversos factores intervenientes ou associados á forma como decorre a adaptação à maternidade. Neste contexto Canavarro (2001:15) diz “...factores ligados à própria mãe, ao bebé e às características do meio envolvente, nomeadamente o relacionamento conjugal, o apoio por parte do meio relacional mais próximo e o apoio institucional”.

Assim a decisão de amamentar é o resultado de muitos factores sejam de ordem materna (nos quais se incluem os aspectos sócio- culturais, a idade, escolaridade, experiências de vida de cada mulher), sejam outros nomeadamente os que se relacionam com a organização dos serviços de saúde (programas de preparação e suporte oferecidos pelos cuidados de saúde primários, práticas hospitalares, atitudes dos profissionais) e ainda por outros factores de natureza materna e infantil.

“A amamentação é uma prática complexa e dinâmica, abrindo uma conceptualização biopsicossocial, dado que as modificações que se operam são de natureza biológica, psicológica e social...” (Pedro, 2004)

São inúmeras as vantagens do aleitamento materno, quer a curto quer a longo prazo tanto para a mãe como para o recém-nascido, sendo de índole nutricional, biológica, psicológica, económica e social. Apesar das vantagens serem inúmeras e diversas, na actualidade vai crescendo a consciência da importância do aleitamento materno, como um aspecto valioso na ligação mãe-filho.

Algumas mudanças de costumes revelaram-se inelutáveis. A excessiva instrumentalização e medicalização do parto, levaram à mudança de atitudes nomeadamente na coabitação de mãe-filho; em prol da diminuição de infecções neonatais ou do bem-estar materno, deparamo-nos com a separação mãe-bebé logo no pós parto, persistindo esta durante a permanência hospitalar. Ora este acontecimento pode-se reflectir (estudos assim o demonstram), no sucesso do aleitamento materno (pelo atraso da primeira mamada, dificuldade de amamentar em regime de horário livre) além de que pode ter implicações no processo de vinculação entre a díade.

Porém nos últimos anos verificamos que relativamente a esta prática ou rotina hospitalar, tem ocorrido mudanças e que cada vez mais, é preconizado e implementado o alojamento conjunto, baseado na premissa de que quanto mais oportunidades de interacção ocorrerem entre a mãe e o bebé mais apropriado será o vínculo e, consequentemente melhor será a resposta materna às necessidades do filho.

Várias pesquisas foram desenvolvidas com o intuito de demonstrar o carácter essencial da relação mãe-filho estabelecida através da amamentação.

Para que se forme uma ligação física e mental nutritiva entre mãe e filho, ligação que ambos necessitam, é primordial que o contacto se estabeleça o mais precocemente possível após o parto e que não haja interrupções durante o aleitamento. No dizer de Richard e Alade citado em Gomes 1996, um dos elementos determinantes para o início bem sucedido do aleitamento materno, passa pelo contacto ininterrupto entre a mãe e o bebé, ou seja o alojamento conjunto mãe-bebé - o chamado “roaming-in”.

Após o parto, tanto a mãe como o bebé vivem momentos de grande receptividade antes de se abandonarem ao descanso do esforço realizado. Durante este período deve-se proporcionar o contacto precoce, não tanto com fins nutritivos mas, antes para estabelecer um bom vínculo inicial (Martin e Valero 1992 citado em Galvão 2006: 26). Nos primeiros minutos, horas e até dias após o parto há uma libertação intensa de ocitocina durante as mamadas. Este período de intensa libertação de ocitocina, chamado período sensitivo, é crítico para o estabelecimento do vínculo afectivo mãe-filho. O vínculo quando estabelecido, é poderoso e a sua força e qualidade influenciará a qualidade de todos os futuros vínculos que se irão estabelecendo pela criança com outras pessoas.

Igualmente a OMS (1994), ao enumerar as vantagens do aleitamento materno enuncia o seu papel facilitador que desempenha no estabelecimento do vínculo afectivo mãe-filho, ou seja, através da amamentação fomenta-se uma ligação emocional muito forte e precoce entre mãe e filho, facilitando o desenvolvimento da criança e os relacionamentos futuros.

Com efeito, o cérebro humano cresce com velocidade máxima durante os três últimos meses de gestação e nos seis primeiros de vida extra-uterina.

Para crescer no ritmo apropriado, requer nutrientes e estímulos: os primeiros abundam no leite materno e os estímulos vêm da mãe.

O contacto corporal com o filho, o som afectuoso emitido em cada carícia, o odor exalado em cada afago, o sorriso, o olhar radioso, o embalo espontâneo e a cantiga

que brota da alma encantada, são estímulos maternos que fazem o cérebro da criança crescer e que são decisivos para o seu desenvolvimento mental. O aconchego resultante de uma interacção sensorial tão estreita, dá à criança a sensação de conforto e segurança, referências insubstituíveis para a estruturação da sua personalidade.

(retirado de http://www.amigasdoparto.org.br/ce_obstetricia_03_27.asp dia 17/6/2006)

Opinião corroborada por Brazelton (1992), ao referir que a amamentação implica mãe e filho numa relação muito profunda, intensa e envolvente condicionante do desenvolvimento somático e psicológico da criança.

A interacção entre a mãe e filho durante a mamada, permite uma série de trocas sensoriais e afectuosas e desperta reflexos mútuos, revela-se como extremamente importante para uma amamentação de sucesso Gomes –Pedro, Garcia e Colarinha (1984 citado por Galvão 2006: 16-17)

O sucesso da amamentação parece estar dependente da interligação de três variáveis: mãe e pai motivados e decididos a amamentar, um lactente saudável e com boa capacidade de sucção e pessoal compreensivo encorajador e competente (Applebaum, 1975 citado em Pedro, 2004).

No que se refere às práticas adoptadas nos serviços de saúde ou às atitudes dos enfermeiros, estas demonstram ser reveladoras de um efeito importante sobre a amamentação e obviamente na interacção mãe-filho.

Tendo por base os aspectos atrás abordados, iremos no ponto seguinte fazer uma breve reflexão acerca do enfermeiro como promotor da interacção mãe-bebé.

5 – RESPONSABILIDADE DOS ENFERMEIROS ENQUANTO PROMOTORES DA INTERACÇÃO MÃE-FILHO

No que diz respeito às práticas e ao aleitamento Levy (1994), diz que as experiências da mulher vivenciadas durante o trabalho de parto, a sensibilidade e reacções da equipa de saúde às suas necessidades, incluindo respeito pela sua dignidade e privacidade que contribuem para o seu conforto e bem estar, afectam a sua motivação em relação ao aleitamento.

Os enfermeiros promovem a interacção mãe-filho incentivando e/ou possibilitando a participação da mãe nos cuidados ao recém-nascido (banho, mudança de fralda, toque, carícias, colo, comunicar/conversar) e fomentam simultaneamente o desenvolvimento de competências na mãe (pela informação/partilha de conhecimentos, pelo apoio e incentivo à autonomia) e portanto estas irão sentir-se mais auto confiantes para cuidar e amamentar o filho.

Assim, nos primeiros contactos com a mãe, o profissional deverá elucidar sobre as vantagens do aleitamento materno, deve recolher informações acerca dos conhecimentos sobre a prática e a técnica do aleitamento materno (horários das mamadas, preparação dos mamilos, mecanismos da lactação entre outros) e averiguar ainda a existência ou não de mitos relacionados com a amamentação.

Para além de veicular informações quanto às vantagens do aleitamento materno ou aos cuidados inerentes ao processo de amamentação, seja para mãe seja para o bebé, a sua intervenção será igualmente no sentido de ajudar a mãe a aplicar os conhecimentos ao efectivar conjuntamente com ela, a adaptação do recém-nascido à mama. Ora isto implica por parte dos profissionais disponibilidade, esforço e competência no domínio da transmissão de conhecimentos e atitudes. Estas atitudes relacionam-se essencialmente com posturas educativas, ou seja, o enfermeiro deve ter presente na sua intervenção, os conceitos de: ser humano, enfermagem, saúde e sociedade. Então, neste contexto ou ambiente hospitalar o seu foco de atenção será a interacção mãe-filho promovida através do aleitamento materno, sendo esta (aleitamento materno) interiorizada e operacionalizada numa perspectiva de promoção

para a saúde e portanto a intervenção do enfermeiro será de educação, suporte, ensino, apoio.

Neste sentido, o enfermeiro é percebido como o actor principal e fulcral, no processo de educação para a saúde, devendo ter conhecimentos teóricos e habilidades, saber mobilizar estratégias que permitam à mãe autonomia para o auto-cuidado. De acordo com Dorothea Orem (1993), as estratégias que são mobilizadas pelos enfermeiros, são no âmbito da educação, habilitando a pessoa para se auto cuidar.

O modelo teórico de enfermagem de Dorothea Orem, realça a autonomia e centra-se no autocuidado, e portanto sugere-nos ser esta a teórica de enfermagem que mais se coaduna neste contexto de intervenção dos enfermeiros- educar para a saúde.

Este modelo tem “*utilidade para a enfermagem nas áreas da educação, prática clínica, pesquisa...*” (George, 2000: 98). Esta teoria de enfermagem proporciona uma base compreensiva para a prática de enfermagem uma vez que define especificamente quando a enfermagem é necessária, e esta (enfermagem) é necessária quando o indivíduo não consegue manter continuamente a quantidade e a qualidade de autocuidado necessárias para sustentar a vida. Ou seja, o sistema da enfermagem delineado pela enfermeira é baseado nas necessidades de autocuidado e nas capacidades da pessoa para desempenhar as actividades de autocuidado. Orem, identificou três classificações de sistemas de enfermagem para preencher os requisitos do autocuidado da pessoa sendo estes, o sistema totalmente compensatório, o parcialmente compensatório e o sistema de apoio e educação. É portanto neste último que nos reportamos, pois o papel do enfermeiro será no sentido de facultar a aquisição de conhecimentos e habilidades à pessoa alvo dos seus cuidados, tendo como finalidade promover ou desenvolver a pessoa enquanto agente de autocuidado. Esta teórica, identifica cinco métodos de ajuda a seguir, dos quais realçamos três: o guiar e orientar, o ensinar, e o proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal.

Sendo assim, a sua permissa de autocuidado é contemporânea com o conceito de promoção e manutenção de saúde. Ainda segundo George (2000), o autocuidado, na teoria de Orem é comparável à saúde holística, na medida em que ambos promovem a responsabilidade do indivíduo pelos cuidados de saúde.

Ainda no que se relaciona com as intervenções de enfermagem podemos entender que o apoio, ensino e educação para a saúde é uma prática assumida como um cuidado autónomo de enfermagem. De acordo como o REPE, artigo 9, alínea 2: “*consideram-se autónomas as acções realizadas pelos enfermeiros sob sua única e*

exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem”.

A importância dos conhecimentos e saberes tomaram dimensões relevantes, na área da saúde uma vez que habilita as pessoas a reconhecer as suas necessidades e a procurar as respostas mais adequadas. Toda a partilha de informação, sendo esta interpretada enquanto troca de saberes, terá por base os conhecimentos científicos (do enfermeiro) vivências e experiência (mútuas) proporcionando o máximo de esclarecimentos e informações para que a mulher/casal obtenha conhecimentos e mecanismos de suporte que possam adequar-se às vicissitudes deste momento da sua vida, e assim poderem efectuar escolhas conscientes, livres e esclarecidas (de forma autónoma). Isto porque segundo Collière (1999), não se trata de ensinar às pessoas, mas de aprender a descobrir com elas.

De tudo o que foi dito se depreende a importância do processo educativo - informativo com vista à sensibilização e motivação para a interacção mãe-bebé que deverá ser levado a cabo pelos enfermeiros. É um processo onde estes técnicos (enfermeiros) desempenham um papel preponderante e decisivo, não só pelos conhecimentos, técnicas e experiência, mas acima de tudo pela responsabilidade que um educador assume nomeadamente no estabelecimento de relações afectivas.

No que se relaciona com a especialidade de Saúde Materna e Obstétrica, esta constitui-se como a especialidade mais antiga identificando-se com a evolução histórica de assistência à maternidade e como tal, tem sofrido um processo de transformação, evolução e maturação.

Mas retrocedamos um pouco no tempo. Ao longo da humanidade a gravidez, parto e pós parto foi vivido no seio familiar, mantendo-se assim a mulher no seu meio ambiente, rodeada de pessoas significativas, principalmente mulheres. A figura da “parteira “ presente nos quadros egípcios ilustrava claramente que já aí o parto decorria rodeado de outras mulheres. Kitzinger (1978), relata que o parto ocorria sempre em casa da grávida e era esta que escolhia quem iria estar presente para a ajudar;

Os aspectos relacionados com o nascimento foram considerados durante muito tempo como sendo do domínio feminino, em que a prática dos cuidados era feita por mulheres, baseados meramente na experiência quotidiana. Todo o trabalho de parto era

“religiosamente” transmitido pelas mulheres mais velhas de geração em geração, não estando associados a uma profissão.

Foi a partir do século XIX, que ocorreram as grandes mudanças relativamente à prestação de cuidados. Com o contributo de Florence Nightingale ao defender a enfermagem enquanto profissão, associa-se posteriormente a Declaração dos Direitos Humanos, as modificações sociais e a evolução no campo da saúde. Neste contexto, podemos afirmar que a conjugação de todos estes factores contribuiu e influenciaram a enfermagem no que concerne à prática do cuidar, percepcionando a pessoa como um ser holístico. A este acto de cuidar em enfermagem encontra-se inerente a relação de ajuda que estabelece com o outro, relação esta que envolve compreensão, respeito e afectividade, mas que também permite ao outro a aquisição de conhecimentos e desenvolver competências por forma a concretizar o seu projecto de saúde.

A evolução das ciências da saúde (nas suas diferentes áreas) no último meio século foi extraordinária; o progresso tem sido imenso, graças às descobertas das ciências fundamentais (genética, imunologia, patologia, ...), às inovações tecnológicas (técnicas de diagnóstico, telemedicina, laparoscopias,...) e ao desenvolvimento de equipamentos e terapêutica (Osswald, 2005)

Constatamos que apesar destes tremendos progressos, relativamente aos avanços tecnológicos (e não só!) podem não se repercutir na perspectiva psicoafectiva entre mãe e filho, uma vez que o centro dos cuidados prestados é relacionado com os aspectos biofisiológicos e tecnológicos, procurando acima de tudo reduzir as taxas de morbi-mortalidade materno-fetais.

Neste contexto podemos afirmar que ao contrário do passado ou do que acontece noutras sociedades, deixou de se nascer num ambiente familiar para se nascer em ambientes pouco acolhedores que respeitam pouco a privacidade e individualidade de cada pessoa, as mulheres passaram a estar sós porque apesar de legislada a presença e acompanhamento da parturiente por alguém significativo, por vezes não é permitido nas diferentes maternidades e as práticas são cada vez mais instrumentalizadas e intervencionistas.

Por outro lado, a procura de cuidados pré-natais em instituições especializadas é cada vez mais comum, sendo a sua vigilância e importância considerada pela mulher/casal como básica ou essencial tendo como perspectiva o filho. Estes cuidados envolvem não só o aconselhamento da equipa especializada da saúde materna e

obstétrica mas também toda a informação disponível através de revistas especializadas, livros, televisão, filmes ou ainda através de outra informação veiculada por amigas ou familiares, com experiência nesta área. É de facto uma forma da mulher/casal sentir algum apoio e segurança.

Mas no que se refere a apoio, segurança, ensino e educação para a saúde, sem dúvida alguma podemos afirmar que é o enfermeiro a desempenhar funções nesta área específica, a pessoa mais indicada para o fazer. Senão vejamos, pela responsabilidade (adquirida através pela licenciatura ou especialidade), pelas competências desenvolvidas (aqui leia-se formação no domínio cognitivo, técnico, relacional e experiência), pela proximidade que pode e deve ter junto do casal/ família/comunidade, enfim, por unificar todos os elementos necessários para cuidar da pessoa(s) foco da sua atenção. Neste contexto, Orem refere-se ao papel da enfermeira como o de “mestre ou de consultora” ao proporcionar apoio e educação, junto do paciente.

Atrás mencionamos o papel e/ou a responsabilidade do enfermeiro ao ser educador para a saúde, junto das pessoas que cuida. Mas igualmente assume este papel enquanto profissional que desempenha funções em instituições onde se relaciona seja com outros enfermeiros seja com estudantes de enfermagem (sendo estes da licenciatura ou da especialidade). Nesta perspectiva relevamos o desempenho, práticas e atitudes dos enfermeiros como co-responsáveis na formação de outros enfermeiros, minimizando assim a distância entre a teoria e a prática, aproximando a escola à realidade das instituições e oferecendo aos estudantes uma maior riqueza de experiências.

Ao longo do percurso histórico de enfermagem, tem ocorrido diferentes tendências as quais se manifestam quer pela estruturação dos serviços, quer pela formação dos enfermeiros.

“À dimensão científico-técnica dos cuidados de enfermagem, associa-se-lhe uma dimensão social, de desenvolvimento das pessoas e dos grupos e á corrente, centrada na saúde definida normativamente, contrapõe-se o interesse pela compreensão dos seus problemas, na sua relação com o meio de vida das pessoas.” (Sardo, Cardoso, Koch e Bulcão, 1996).

Acrescentam ainda estas autoras que, esta visão determina mudanças na própria formação dos enfermeiros, desenvolvendo práticas que exigem *“a aprendizagem de argumentação, da negociação, da expressão de conflitos, da relação de paridade com o*

reconhecimento das diferenças e das complementaridades” (Collière, 1989 citada por Sardo, Cardoso, Koch e Bulcão, 1996).

Em Portugal, os últimos quarenta anos foram particularmente ricos em matéria de formação de enfermeiros especialistas bem como de enfermeiros generalistas. O ensino de enfermagem tem procurado ajustar-se aos progressos científicos e técnicos, contudo, verifica-se que à melhoria da qualidade do ensino nem sempre corresponde uma prática efectiva.

Neste sentido pensamos ser, através da articulação ou conjugação dos sistemas de ensino e/ou das práticas pedagógicas com os contextos e mercados de trabalho, colmatadas as diferenças.

É reconhecida a riqueza formativa dos contextos de trabalho e da sua importância enquanto campo de intervenção e investigação. Porém cada enfermeiro é “uma pessoa” que está inserido nesta sociedade em transformação e também ele foi envolvido nestas mudanças, possui as “suas” crenças, valores, cultura, características individuais e uma preparação em enfermagem e numa área específica. Significa portanto, que ao longo do seu percurso de vida, vai retirando sempre aprendizagens. As formas como cada um (enfermeiro) aprende são diversificadas, seja pela formação formal e informal, auto-formação (experiência, processos de reflexão, leituras) ou ainda pela hetero-formação e portanto são sempre mais-valias quer para o próprio, quer para os outros com quem se relaciona, dado que o enfermeiro é um ser em relação.

Por outro lado, só a experiência pode dar lugar a um saber prático e o saber resultante da experiência é um saber científico, se a esta experiência adicionarmos o processo reflexivo e logicamente, o de investigação.

Neste contexto, os saberes são construídos a partir de experiências práticas reflectidas pela ajuda de concepções teóricas tendo sempre presente o espírito de investigação e deste modo o enfermeiro pode responder cabalmente às exigências crescentes que a sociedade coloca.

No âmbito da campanha para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde, tem havido muita discussão sobre a prática baseada na evidência. A perspectiva para a enfermagem no século XXI, é que todos os enfermeiros procurem evidência e a apliquem na sua prática quotidiana (Craig e Smyth, 2004)

Partindo deste pressuposto, pretendeu-se reflectir acerca da prática dos enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica, no que se relaciona com a interacção mãe-bebé.

Para compreender tal desiderato fomos a um contexto de trabalho, questionar os principais intervenientes, porque “*precisamos de bases em evidências certas para saber o que é certo fazer*” (Craig e Smyth, 2004).

6- METODOLOGIA

Toda reflexão desenvolvida que seja de carácter científico requer cuidados relacionados com a metodologia utilizada, estando esta relacionada com a problemática em estudo bem como com os objectivos definidos (Polit e Hungler, 1995)

A abordagem, de situações reais ou baseada na evidência da prática clínica pretende prestar cuidados apropriados de um modo eficiente, a cada pessoa. Para que tal ocorra, impõe-se a integração da evidência pela investigação, a perícia clínica e a interpretação de necessidades.

Após a construção de um quadro conceptual sustentado por diversos autores, situamo-nos num paradigma qualitativo, pois procura compreender os fenómenos sociais no seu próprio contexto, incorporando muitas perspectivas diferentes de forma a proporcionar uma perspectiva holística. Centra-se nos significados, experiências e práticas daqueles que estão a ser investigados (Craig e Smyth, 2004)

Apesar do estudo ser de orientação qualitativa, consideramos que esteve subjacente um constante movimento indutivo – dedutivo no sentido de partirmos do geral para o particular, tendo como ponto de partida uma teoria já construída que se vai analisar de forma particular na prática.

6.1-TIPO DE ESTUDO

Tendo em conta que o estudo pretende identificar as percepções do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica, na interacção mãe-bebé e analisar de que forma as promove, optamos por um estudo de abordagem qualitativa, descritivo e exploratório. Onde se pretende descrever a experiência humana, como ela é vivida e tal como é definida pelos seus próprios actores.

6.2-PARTICIPANTES DO ESTUDO

A abordagem das situações reais, impõe ao enfermeiro, problemas de selecção, bem como de controle dos dados que obtêm. Como tal, o enfermeiro enquanto investigador deve previamente seleccionar o local, o período de tempo, o acontecimento, bem como a(s) pessoa(s) a estudar.

Afim de compreender o papel do enfermeiro na interacção mãe-bebé, decidimos que a população deste estudo fossem enfermeiros especialistas a exercerem funções há mais de cinco anos numa maternidade do centro do país. Os enfermeiros especialistas foram os seleccionados, uma vez que está inerente às suas funções, a responsabilidade pela formação de outros enfermeiros ou pessoal da unidade de cuidados e ainda por possuírem um nível mais profundo de conhecimentos e habilidades nesta área da sua intervenção.

Segundo Fortin (2003) *“é importante que as pessoas seleccionadas sejam capazes de testemunhar sobre a sua experiência ou de descrever o que interessa ao investigador, o que supõe uma motivação para participar e uma capacidade para se exprimir”*

O critério da escolha dos sujeitos assenta portanto numa amostra não probabilística e intencional uma vez que os sujeitos são facilmente acessíveis e estão presentes num determinado local, reunindo portanto as características que o pesquisador procura (Polit e Hungler, 1995)

6.3-TRATAMENTO E APRESENTAÇÃO DE DADOS

Relativamente à aplicação de técnicas de recolha de informação, a selecção recaiu na utilização de uma questão aberta, que foi a seguinte: “Como enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica o que entende por interacção mãe-bebé e como é que a promove?”

Assim a técnica de investigação foi qualitativa, sendo que a análise de conteúdo se constituiu como um instrumento privilegiado. Iniciámos a análise, procedendo à leitura flutuante das respostas obtidas, que como refere Bardin (1977:96), consiste em

estabelecer contacto com os documentos a analisar, conhecendo os textos, deixando-se invadir por impressões e orientação.

De acordo com a análise semântica das respostas, tendo em conta a questão de partida “como é que os enfermeiros entendem e promovem a interacção mãe- bebé”, formaram-se as respectivas categorias e subcategorias, que serão apresentadas sob a forma de quadros afim de se obter uma melhor visualização.

Quadro nº.1 - “Conceitos dos enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica sobre interacção mãe- bebé e forma de a promover

Categorias	Subcategorias
Interacção Mãe-bebé	Conceito
	Modo de interacção
	Factores que influenciam
	Intervenientes na interacção
Intervenção do enfermeiro	Tipos de actividades desenvolvidas
	Contexto da intervenção
	Razões da interacção

7 - ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

A apresentação e interpretação dos resultados implicam uma apresentação explícita e coerente, pelo que dirigimos a nossa atenção para as percepções dos enfermeiros e para as suas intervenções, baseada num quadro geral que se apresenta em anexo (Anexo I)

7.1- INTERACÇÃO MÃE-BEBÉ

A decisão de ter um filho actualmente, é um passo bem mais complexo do que no passado, pois esta opção é influenciada por diversos factores.

A confirmação da gravidez faz despoletar no casal um misto de emoções complexas, em que o imaginário se cruza com o presente, num novo papel desempenhado pelos futuros pais.

Rubin (1984 citado por Mendes, 2002) identificou a gravidez como a primeira fase do processo da ligação que continua depois do nascimento e reconheceu-a como a base da relação mãe-filho.

As experiências da mãe durante a gravidez desempenham um papel preponderante na ligação e construção adaptativa ao feto. Este processo evolui ao longo da gestação, existindo fases ao longo de cada trimestre da gravidez vividas pela mãe.

Conceito

Segundo Mendes (2002), o início da ligação materno fetal, caracteriza-se por numa fase inicial, a mulher começar a pensar na ideia de estar grávida e gradualmente querer estabelecer uma relação, estabelecendo assim uma ligação com o filho que está a

gerar. Diz-nos a autora que, do desejo de ter um filho, à imaginação do futuro bebé, da vivência dos movimentos fetais à vivência das transformações no âmbito físico e relacional, tudo são esboços da clara ligação.

O conceito de interacção mãe-filho, dos enfermeiros especialistas, tem subjacente a relação emocional e física da mãe com o filho, o que vai ao encontro da linha de pensamento da autora acima mencionada. Esta ideia evidencia-se com as seguintes descrições:

- “A interacção mãe-filho é a relação que se estabelece entre ambos (r7)

- “Interacção mãe-filho é a relação que se mantém desde o momento em que a mulher sente a gravidez não fisicamente mas psicologicamente”(r1)

- “A interacção mãe-filho é o processo que se inicia logo que a mãe toma consciência que está a gerar um filho (r4)

-[A interacção mãe-filho é a relação] *que tem*” teste positivo dessa gravidez” ”(r1)

Modos de interacção

Corroborando outros autores Brazelton (1993: 33) refere: “ A gravidez encerra três tarefas diferentes, cada uma delas, associada a uma fase diferente do desenvolvimento físico do feto.”

A primeira tarefa acontece na primeira fase, é relativa á aceitação da notícia da gravidez, apesar de não haver evidências da existência do feto; na segunda fase os pais reconhecem no feto um ser nomeadamente pelos movimentos fetais. Este autor diz-nos que a vinculação mais precoce se inicia neste momento; a mãe reconhece a vida do feto, com possibilidade de uma relação, identificar-se-á com ele colocando-se inconscientemente no seu lugar experimentando novos sentimentos de fusão e simbiose com a própria mãe.

Na terceira e última fase, os pais começam a encarar o futuro filho como indivíduo: cada vez mais separado e real, interactivo.

Desde a concepção, vai-se construindo no interior da mulher um “espaço” propício para o desenvolvimento posterior da vinculação; desde muito cedo são transmitidas sensações, informações que influenciam a relação afectiva futura: os sentimentos maternos (alegria, tristeza, ansiedade, ...) que o feto capta e reage a eles.

O momento do parto surge como o corolário da gravidez e/ou da maternidade, ou seja, um momento desejado e simultaneamente temido. A mãe tem de estar pronta para criar novos laços e de mostrar-se disponível para entrar num estado de envolvimento total.

O bebé está “equipado” com todos os comportamentos sensoriais e motores, aptidões que começaram a ser desenvolvidas ainda na vida intra-uterina; todas as mensagens maternas recebidas (e não só), contribuíram para modelar as suas reacções e prepararam-no para responder aos ritmos e sinais maternos após o parto.

Nos últimos anos verificamos que cada vez mais, é preconizado e implementado o alojamento conjunto, baseado na premissa de que quanto mais oportunidades de interacção ocorrerem entre mãe e o bebé mais apropriado será o vínculo e, consequentemente melhor será a resposta materna às necessidades do filho.

Pela análise das respostas, também podemos verificar concordância com o mencionado, uma vez que as formas ou modos de interacção são transversais ao decorrer da gravidez e são concretizados ou continuados com o nascimento do bebé. Como podemos constatar nas declarações seguintes:

- [a relação é estabelecida] *desde a gestação até ao parto e perdura após este*(r7)

-“A barriga cresce... há movimento... portanto está um ser ali...” (r4)

- *E estes pequenos movimentos [pontapé, movimento mais brusco] são sentidos como interacção mãe-filho* (r1)

-[a interacção mãe-filho é] *enriquecida pela possibilidade do toque directo pele a pele de ambos*(r7)

- *Esta vinculação ou apego estabelece-se através do olhar, tacto, olfacto, voz, entre outros.* (r3)

Factores que influenciam a interacção

A literatura enumera diversos factores intervenientes ou associados á forma como decorre a adaptação à maternidade. Neste contexto Canavarro (2001: 15) diz “...factores ligados à própria mãe, ao bebé e ás características do meio envolvente, nomeadamente o relacionamento conjugal, o apoio por parte do meio relacional mais próximo e o apoio institucional”. Assim a interacção mãe filho estabelecida através da decisão de amamentar, é o resultado de muitos factores sejam de ordem materna (nos

quais se incluem os aspectos sócio- culturais, a idade, escolaridade, experiências de vida de cada mulher), sejam outros nomeadamente os que se relacionam com a organização dos serviços de saúde (programas de preparação e suporte oferecidos pelos cuidados de saúde primários, práticas hospitalares, atitudes dos profissionais) e ainda por outros factores de natureza materna e infantil.

A experiência da maternidade é infinitamente variável em cada mulher dependendo do significado social que lhe é atribuído, estando portanto relacionada e sob influência de crenças, valores, culturas. Actualmente as mulheres têm um papel mais activo e participativo nas diferentes dimensões da vida, seja económico, social ou político, logo, as suas atitudes e comportamentos são fortemente influenciados ou condicionados por estas dimensões. Assim, não podemos nem devemos esquecer que, esta varia consoante a sociedade ou meio ambiente em que está inserida, experiências anteriores, características pessoais ou mesmo por factores relacionais nomeadamente com o marido/companheiro. O processo da gravidez, parto e a vinculação precoce são fortemente influenciados pelas atitudes do pai, diz Brazelton (1993: 54), assegurando ainda que *“a natureza das relações conjugais durante os primeiros três meses da gravidez é fortemente condicionante da adaptação da mãe ao período que se segue ao parto”* (Grossman et al., 1982 citado por Brazelton, 1993: 54)

Estes dados confirmam-se nas respostas obtidas:

- *“A relação mãe-filho está relacionada com valores culturais, perspectivas pré gravidez, relação in útero e ainda factores sócio- familiares (r3)”*

- *“Porém há factores que influenciam essa interacção tais como: Relação da mãe com o pai da criança; Experiências pessoais; Desejo de ter aquele filho; Valores culturais; Valores sociais” (r5)*

Intervenientes na relação

Segundo Mendes (2002), os trabalhos desenvolvidos na área da ligação materno-fetal, foram fundamentalmente baseados em duas teorias: a teoria da vinculação de Bowlby (1969) e a teoria das tarefas maternas na gravidez de Rubin (1975). Esta autora, Mendes, diz que, o elemento chave da teoria da vinculação (desenvolvimento de segurança entre os elementos envolvidos na relação), justifica-se como determinante na vivência da gravidez, no contexto de interacção da grávida com o feto, ora

subentendemos que a interacção que cada mulher estabelece com o seu filho, é única e individual. Uma relação de troca afectiva, de protecção, de carinho e mimo e simultaneamente de gratificação materna pelo bem-estar e saúde do bebé. Uma relação maternal implica uma enorme disponibilidade para dar, mas ser mãe é isso mesmo: cuidar e estar disponível para a relação, é ter desejo de manter um contínuo relacional ao longo da vida.

Podemos constatar estes dados nas declarações dos enfermeiros, através das seguintes frases:

-[A interacção mãe-filho] *são únicas e exclusivas da mulher grávida. (r1)*

- [o culminar] *dá-se na altura do nascimento, aquele momento mágico e único, onde por fim se revelam um ao outro (r4)*

7.2- INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO

Cada vez mais na actualidade vai crescendo a consciência da importância da ligação mãe-filho.

A intervenção do enfermeiro, nesta vertente será fundamentalmente no sentido de facultar a aquisição de conhecimentos e habilidades à pessoa alvo dos seus cuidados, tendo como finalidade promover ou desenvolver a pessoa enquanto agente de autocuidado.

O enfermeiro é assim percebido como o actor principal e fulcral no processo de educação para a saúde, devendo ter conhecimentos teóricos e habilidades, saber mobilizar estratégias que permitam à mãe autonomia para o auto-cuidado. Neste contexto e tal como Dorothea Orem (1993) refere, as estratégias que são mobilizadas pelos enfermeiros, são no âmbito da educação, habilitando a pessoa para se auto cuidar.

Tipos de actividades desenvolvidas

No que se refere às práticas adoptadas nos serviços de saúde ou às atitudes dos enfermeiros, estas demonstram ser reveladoras de um efeito importante sobre a amamentação e obviamente na interacção mãe-filho.

Verificamos cada vez mais a existência de programas de preparação para a maternidade (os quais contemplam diversos aspectos relacionados com dimensões

físicas, cognitivas e relacionais da maternidade) e programas de suporte e de apoio (como o “cantinho da amamentação” ou através de consultas de saúde infantil)

Os enfermeiros promovem a interacção mãe-filho incentivando e/ou possibilitando a participação da mãe nos cuidados ao recém-nascido (banho, mudança de fralda, toque, carícias, colo, comunicar/conversar) e fomentam simultaneamente o desenvolvimento de competências na mãe (pela informação/partilha de conhecimentos, pelo apoio e incentivo à autonomia) e portanto estas irão sentir-se mais auto confiantes para cuidar e amamentar o filho. O incentivo do enfermeiro passa igualmente pela promoção de: contacto corporal com o filho, o som afectuoso emitido em cada carícia, o odor exalado em cada afago, o sorriso, o olhar radioso, o embalo espontâneo e a cantiga que brota da alma encantada, são estímulos maternos que fazem o cérebro da criança crescer e que são decisivos para o seu desenvolvimento mental. O aconchego resultante de uma interacção sensorial tão estreita, dá à criança a sensação de conforto e segurança, referências insubstituíveis para a estruturação da sua personalidade

Das respostas obtidas parece que os enfermeiros possuem a mesma opinião relativamente às diferentes actividades que são desenvolvidas como formas de promover a interacção, através das seguintes afirmações:

- *O toque, a massagem, o alojamento conjunto (passando mesmo pela permanência na mesma cama mãe-bebé), o colo são formas de promover o processo de vinculação mãe – filho* (rr2)

- *Alerto os pais para a sua importância [o toque, a massagem, o alojamento conjunto, o colo]* (rr2)

- *Os momentos do banho, mudança da fralda, da mamada devem ser aproveitados para estimular a interacção mãe-filho* (rr2)

- *[a interacção promove-se quando] colocando-se [o RN] à mama* (rr1)

- *[A adaptação à mama é feita] para que o mesmo [RN] sinta o cheiro da mãe, a voz da mãe, o toque da pele da mãe* (rr1)

- *(a promoção da interacção é feita) mantendo a criança sempre com a mãe* (rr6)

- *(a promoção da interacção é feita) mediante ensino e supervisão* (rr6)

- *Um outro aspecto que valorizo particularmente é a comunicação mãe – filho* (rr2)

- *Assim como [a interacção é promovida] estimulando o aleitamento materno* (rr3)

- [a interacção é promovida através do] *“Incentivo ao aleitamento materno o mais precoce possível”* (rr5)
- (o aleitamento materno deverá ser) ...*durante pelo menos no 1º ano de vida, pois, considero a amamentação um ponto importante na relação mãe filho* (rr5)

Contexto da interacção

Como se pode verificar anteriormente existem diversas maneiras de se promover a interacção mãe-filho, e esta promoção pode e deve ser feita não somente em contexto hospitalar mas também em cuidados de saúde primários, sendo portanto em ambos que o enfermeiro deve intervir.

Mediante estes aspectos emerge das declarações, que efectivamente os enfermeiros intervêm para promover a interacção nos diferentes contextos de trabalho:

- *Informo/ incentivo esta interacção [contacto físico mãe e bebé] durante a preparação para o parto* (rr2)
- *É fundamentalmente na preparação para o parto, nas consultas de saúde infantil que procuro enfatizar esta vinculação* (rr2)
- [A promoção da interacção pode ser feita] *colocando a criança sobre a mãe* (rr7)
- ...*permitindo -lhe [A colocação da criança sobre a mãe] o primeiro contacto directo entre ambos* (rr7)
- ... [promoção da interacção] *promovendo o aleitamento materno (peito materno) logo em sala de partos* (rr7)
- [esta interacção mãe-filho é feita] *logo após o parto desde que a criança esteja bem* (rr5)
- *A sua promoção [da interacção] deverá ser incentivada no Bloco de Partos (assim tento)* (rr7)
- *Procuro incentivar o contacto físico da mãe e bebé de preferência no momento do parto* (rr2)

Razões da interacção

A este acto de cuidar em enfermagem encontra-se inerente a relação de ajuda que estabelece com o outro, relação esta que envolve compreensão, respeito e

afectividade, mas que também permite ao outro a aquisição de conhecimentos e desenvolver competências por forma a concretizar o seu projecto de saúde.

Reitera-se a importância do processo educativo - informativo com vista à sensibilização e motivação para a interacção mãe-bebé que deverá ser levado a cabo pelos enfermeiros sejam generalistas ou especialistas. É um processo onde estes técnicos (enfermeiros) desempenham um papel preponderante e decisivo, não só pelos conhecimentos, técnicas e experiência, mas acima de tudo pela responsabilidade que um educador assume nomeadamente no estabelecimento de relações afectivas.

Toda a partilha de informação, sendo esta interpretada enquanto troca de saberes, terá por base os conhecimentos científicos (do enfermeiro) vivências e experiência (mútuas) proporcionando o máximo de esclarecimentos e informações para que a mulher/casal obtenha conhecimentos e mecanismos de suporte que possam adequar-se às vicissitudes deste momento da sua vida, e assim poderem efectuar escolhas conscientes, livres e esclarecidas (de forma autónoma).

A opinião dos enfermeiros, relativamente às razões da interacção, baseia-se essencialmente no apoio, ajuda, segurança e ensinamentos facultados por eles, emergindo das respostas que a dimensão afectiva do bebé não é contemplada nas suas justificações, como se pode constatar nas seguintes afirmações:

- *A sua promoção [da interacção] é a ajuda dada pelo profissional, no sentido de a grávida ficar na posse dos conhecimentos, ensinamentos...* (rr4)
- *A segurança dada pelo apoio e conhecimento sobre o que se está a passar implica uma gravidez mais feliz, despreocupada, e o aumento da tal interacção* (rr4)
- *(a promoção da interacção é) promovendo uma “maternidade eficaz”* (rr6)
- *(a promoção da interacção é) estimulando a confiança da mãe* (rr6)
- *[os conhecimentos, ensinamentos] que lhe permitam uma tranquilidade capaz de expor dúvidas e pedir a informação que ache necessária* (rr4)
- *[tranquilidade necessária] para que aquela “unidade” se possa desenvolver sem riscos e /ou temores* (rr4)

Mediante esta análise e o quadro conceptual elaborado, iremos de seguida finalizar com os contributos desta reflexão.

8 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desenvolver a reflexão nesta temática revelou-se como uma gratificação, na medida em que facultou uma maior compreensão do fenómeno em causa e acerca do cuidar com qualidade nesta área de enfermagem.

A gravidez, maternidade e ligação mãe-bebé, são experiências na vida da mulher/casal/família que assumem significados simbólicos e deveras importantes no ciclo vital. Proporcionam a obtenção de outros níveis de desenvolvimento ou ainda, são a oportunidade para atingir novos níveis de integração. Porém com as mudanças ocorridas na sociedade, as vivências destas dimensões indubitavelmente também foram alvo de transformações. Além disso, o papel do pai tornou-se mais activo demonstrando-se decidido a partilhar estas experiências que na antiguidade eram somente do foro feminino.

Assim, tentamos reflectir um pouco sobre estas transformações, sobre a força e a complexidade desse desejo de ser mãe na actualidade, compreender o turbilhão da gravidez, entender melhor a interacção mãe-bebé e tentar identificar de que modo os enfermeiros intervêm neste processo de adaptação a um filho e obviamente na relação que estabelece com ele, uma vez que são os enfermeiros, os verdadeiros agentes catalizadores das transformações a serem realizadas nesta área tão importante.

Assim, procurou-se identificar as percepções do enfermeiro especialista relativamente à interacção mãe-filho e as formas de a promover.

Mediante a análise e reflexão das declarações dos enfermeiros foram identificadas duas categorias.

Na primeira categoria – **Interacção mãe-bebé** – foram reconhecidos como aspectos significativos para a sua ocorrência, o conceito, o modo de interacção, factores que influenciam e os intervenientes na interacção

Do conceito, evidenciam-se a relação emocional e física da mãe com o filho. Sobre os modos de interacção, emerge da opinião dos enfermeiros que são transversais ao longo da gravidez e são concretizados ou continuados com o nascimento do bebé, reportando-se às capacidades sensoriais do feto e recém-nascido.

Relativamente aos factores que intervêm na interacção, eles estão relacionados com valores sócio-culturais, experiências pessoais, perspectivas pré gravidez e ainda aspectos relacionais, nomeadamente com o pai da criança.

No que diz respeito aos intervenientes da interacção, estes foram declarados como sendo exclusivamente a mãe e o bebé.

Na segunda categoria – **Intervenção do enfermeiro** – constatámos que estas se relacionavam com tipos de actividades desenvolvidas, contexto da intervenção e razões da interacção.

No que concerne aos tipos de actividades desenvolvidas, estas vão do ensino, informação, supervisão, apoio à mãe, ao estímulo do contacto físico: colo, carícias, alojamento conjunto sendo muito evidenciado o aleitamento materno como forma de o promover.

Os contextos de interacção, são direccionados para os cuidados de saúde primários e o meio hospitalar, mais concretamente o Bloco de Partos.

As razões da interacção, são baseadas essencialmente no apoio, ajuda, segurança e ensinamentos facultados pelos enfermeiros. Isto é, as razões dos enfermeiros não estão relacionadas com o desenvolvimento psicoafectivo do bebé mas antes direccionadas para a promoção da autonomia e bem estar maternos..

Todas as intervenções de enfermagem que ocorrem durante a gravidez, parto e pós parto podem ter repercussões na mulher/casal/família a diversos níveis, seja psicológico seja comportamental, ou ainda exercer um enorme impacto e influência acerca dos futuros modelos de maternidade/paternidade.

O enfermeiro, é uma pessoa que está inserido nesta sociedade em transformação e também ele foi envolvido nestas mudanças, possui as “suas” crenças, valores, cultura e características individuais mas distingue-se pela sua formação e experiência. A sua prática e intervenção centra-se numa relação interpessoal de parceria com a mulher, respeitando decisões, aceitando as diferenças, estimulando a sua responsabilidade pessoal, envolvendo e ajudando-a a ser proactiva no seu papel de mãe, ou seja, adopta uma postura empática e dialógica procurando abster-se de juízos de valor, compreende e respeita os outros numa perspectiva multicultural, tendo por objectivo maior atingir outros níveis superiores de bem estar. São portanto nesta perspectiva, os principais actores, ao estimular/promover/educar para o efectivo desta relação: pela sua proximidade, responsabilidade, conhecimentos técnicos, e competências relacionais

A sua formação/ aprendizagem/ desenvolvimento, assume um carácter dinâmico, respondendo à evolução da profissão de enfermagem. Nesta perspectiva relevamos o desempenho, práticas e atitudes dos enfermeiros como co-responsáveis na formação de outros enfermeiros, mas também como cuidador perspectivando a melhoria dos cuidados que presta.

Relativamente à apreciação da aplicabilidade desta reflexão, ela pode-se direccionar em termos profissionais e de formação. Ou seja, pode-se “operacionalizar” todas as dimensões da interacção, não somente entre mãe- bebé mas alargar à tríade (mãe- bebé – pai) contemplando igualmente as benesses que interacção promove no bebé. Por outro lado, em termos formativos foi uma mais valia que se pode mobilizar seja para estudantes de enfermagem seja para outros colegas profissionais de enfermagem.

As habilitações acrescidas no final deste estudo exigem de nós uma postura mais consciente e uma intervenção sustentada no exercício reflexivo contínuo sobre as nossas práticas, enquanto educadores e/ou prestadores de cuidados, no sentido de contribuir para uma perspectiva de mudança. Neste contexto as mudanças serão reflectidas e efectivadas pela ajuda de concepções teóricas tendo sempre presente o espírito de investigação. Deste modo o enfermeiro pode responder cabalmente às exigências crescentes que a sociedade coloca.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brazelton, T.; Cramer, B. (1993). A relação mais precoce: Os pais, os bebés e a intervenção precoce. Lisboa: Terramar.
- Brazelton, T.; Cramer, B. (1992). As primeiras relações. São Paulo: Martins Fontes Editora.
- Brazelton, T.; Greenspan, S. I. (2003). A criança e o seu mundo (3ª ed.). Lisboa: Editorial Presença.
- Bardin, I. (1977). Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70.
- Canavarro, C.(2001). Psicologia da gravidez e da maternidade. Coimbra: Quarteto Editora.
- Canavarro, C. (1999). Relações afectivas e saúde mental: uma abordagem ao longo do ciclo de vida. Coimbra: Quarteto Editora.
- Colman, L; Colman, A. (1994). Gravidez - a experiência psicológica. Lisboa: Colibri.
- Craig, Jean; Smyth, Rosalind (2004). Prática baseada na evidência. Manual para enfermeiros. Loures: Lusociência.
- Ferreira, Catarina Alexandra M. E. (2006). A realidade do aleitamento materno. Revista Nursing, 209, pp. 11-16.
- Fortin, M. F. (2003). O processo de investigação: da concepção à realização (3ª ed.). Loures: Lusociência.
- Galvão, D. (2006). Amamentação bem sucedida: alguns factores determinantes. Loures: Lusociência.
- George, Júlia B. (2000). Teorias de enfermagem. Os fundamentos à pratica profissional. (4ª ed.). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Gomes Pedro, J. (1995). Bebé XXI - Criança e família na viragem do século. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Kitzinger, S. (1996). Mães, um estudo antropológico da maternidade (2ª ed.). Lisboa: Editorial Presença.
- Levy, L.; Bértolo, H. (2002). Manual do Aleitamento Materno.: Edição Comité Português para a UNICEF/ Comissão Nacional. Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés.
- Marques, Sónia; Correia, Carla; Teixeira, Renato (2006). A relação de ajuda como essência dos cuidados de enfermagem. Revista Servir, 2 (54), pp. 69-72.

Mendes, I. M.D. (2002). Ligação materno- fetal. Coimbra: Quarteto Editora.

Neto, Alexandra M.; Machado, Fernando; Vilarinho, Mário (2006). Vinculação afectiva e comportamentos de vinculação afectiva entre pais e filhos. Revista Sinais Vitais, 65, pp. 50-52.

OMS. (1994). Alimentação infantil. Bases fisiológicas. São Paulo: James Akré Editor.

Osswald, Walter (2005). Humanização em saúde. Revista Servir, 2 (53), pp. 74-78.

Pedro, Isabel Maria S. C. (2004). Reflexão: A amamentação à luz da psicologia da saúde. Revista Servir, 3 (52), pp. 140-143.

Pereira, Isabel Carvalho B. F. (2006). Enfermagem: arte e ciência de cuidar. Revista Servir, 2 (54), pp. 62-65.

Perry, S.E. (1999). Enfermagem na maternidade. In: Bobak, I. M.; Lowdermilk, D.L.; Jensen, M. D.. Enfermagem na maternidade (4ª ed.) (pp.3-10). Loures: Lusociência.

Pinheiro, A. A. (2004). Percursos da enfermagem obstétrica: o sentir do papel da(o) enfermeira(o) obstetra. Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras, 5, pp. 5 - 6.

Polit, D. F. E. e Hungler, B. P. (1995). Fundamentos da pesquisa em enfermagem. (3ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas Sul Lda.

Ribeiro, Ana Filipa C. (2005). Afinal a díade é tríade?. Revista Servir, 4 (53), pp. 190-194.

Ribeiro, Ana Filipa D. C. M. (2006). O “amor”na relação materno-fetal. Revista Servir, 1 (54), pp. 18- 21.

Sardo, Dolores; Cardoso, Fernanda; Koch, Mª. Cândida; Bulcão, Mª. Emília (1996) (Re) pensar a enfermagem obstétrica. Realidades e desafios num virar de século. Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras, 1, pp. 30-35.

Sardo, Dolores (2005) Outras visões e formas de assistir o parto: que autonomia e responsabilidade para o enfermeiro especialista de saúde materna e obstétrica?. Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras, 6, pp. 57- 59.

Saunders, R. B. (2002). Cuidados de Enfermagem durante a gestação. In: Lowdermilk, D. L.; Perry, E. S.; Bobak, I. M.. O cuidado de enfermagem materna (5ªed.) (pp. 219-268). Editora Artmed, Lda

Stanhope, M. (1999). Enfermagem comunitária. Promoção da saúde de grupos, família e indivíduos. Loures: Lusociência.

Torcatto, Maria de Lurdes Faustino; Coelho, Maria Teresa V. (2005). Cuidar na gravidez e puerpério. Que visibilidade da enfermagem?. Revista Servir, 4 (53), pp. 185-189.

REFERÊNCIAS ELECTRÓNICAS

<http://gballone.sites.uol.com.br/colab/carmen.html>>2002

<http://www.psiq.ue.br/institutomaterno.htm>

<http://www.mac.min-saúde.pt/manual.htm>

<http://www.educacioninicial.com/ei/contenidos/00/0350/395.ASP>

<http://www.associacaoartemis.com/artemis/lista.php?p=10&idx=297>

<http://www.psicanaliseecriatividade.com.br/psi.php?id=1474>

http://www.jcnet.com.br/maes/detalhe_maes.php?codigo=50963

http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932003000400002&lng=pt&nrm=iso

http://enfermeirame.blogs.sapo.pt/arquivo/2005_05.html

<http://nursingworld.org/books/phome.cfm>

http://www.amigasdoparto.org.br/ce_obstetricia_03_27.asp

http://www.medicosdeportugal.iol.pt/action/2/cnt_id/694/

ANEXO

**Anexo I - Quadro geral das Categorias, Subcategorias e Unidades de
Registro**

Quadro Geral das Categorias, Subcategorias e Unidades de Registo

Categorias	Subcategorias	Unidades de Registo
Interacção Mãe-bebé	Conceito de interacção	<p>- “A interacção mãe-filho é a relação que se estabelece entre ambos (r7)</p> <p>- “Interacção mãe-filho é a relação que se mantém desde o momento em que a mulher sente a gravidez não fisicamente mas psicologicamente”(r1)</p> <p>- “A interacção mãe-filho é o processo que se inicia logo que a mãe <u>toma consciência</u> que está a gerar um filho (r4)</p> <p>-[A interacção mãe-filho é a relação] que tem” teste positivo dessa gravidez” ”(r1)</p>
	Modos de Interacção	<p>[a relação é estabelecida] desde a gestação até ao parto e perdura após este(r7)</p> <p>-“A barriga cresce... há movimento... portanto está um <u>ser ali...</u>” (r4)</p> <p>- E estes pequenos movimentos [pontapé, movimento mais brusco] são sentidos como interacção mãe-filho (r1)</p> <p>-[a interacção mãe-filho é] enriquecida pela possibilidade do toque directo pele a pele de ambos(r7)</p> <p>- Esta vinculação ou apego estabelece-se através do olhar, tacto, olfacto, voz, entre outros. (r3)</p>
	Factores que Influenciam a Interacção	<p>- A relação mãe-filho está relacionada com valores culturais, perspectivas pré gravidez, relação in útero e ainda factores sócio- familiares (r3)</p> <p>- Porém há factores que influenciam essa interacção tais como: Relação da mãe com o pai da criança; Experiências pessoais; Desejo de ter aquele filho; Valores culturais; Valores sociais (r5)</p>

Quadro geral das Categorias, Subcategorias e Unidades de Registo

(continuação)

Categorias	Subcategorias	Unidades de Registo
Interacção Mãe-bebé	Intervenientes na interacção	<p>-[A interacção mãe-filho] são únicas e exclusivas da mulher grávida. (r1)</p> <p>- [o culminar] dá-se na altura do nascimento, aquele momento mágico e único, onde por fim se revelam um ao outro (r4)</p>

Categorias	Subcategorias	Unidades de Registo
Intervenções do enfermeiro	Tipos de actividades desenvolvidas	<p>- O toque, a massagem, o alojamento conjunto (passando mesmo pela permanência na mesma cama mãe-bebé), o colo são formas de promover o processo de vinculação mãe – filho (rr2)</p> <p>- Alerto os pais para a sua importância [o toque, a massagem, o alojamento conjunto, o colo] (rr2)</p> <p>- Os momentos do banho, mudança da fralda, da mamada devem ser aproveitados para estimular a interacção mãe-filho (rr2)</p> <p>- [a interacção promove-se quando] colocando-se [o RN] à mama (rr1)</p> <p>- [A adaptação à mama é feita] para que o mesmo [RN] sinta o cheiro da mãe, a voz da mãe, o toque da pele da mãe (rr1)</p>

Quadro geral das Categorias, Subcategorias e Unidades de Registo

(continuação)

Categorias	Subcategorias	Unidades de Registo
Intervenções do enfermeiro	Tipos de actividades desenvolvidas	<ul style="list-style-type: none"> - (a promoção da interacção é feita) <i>mantendo a criança sempre com a mãe</i> (rr6) - (a promoção da interacção é feita) <i>mediante ensino e supervisão</i> (rr6) - <i>Um outro aspecto que valorizo particularmente é a comunicação mãe – filho</i> (rr2) - <i>Assim como [a interacção é promovida] estimulando o aleitamento materno</i> (rr3) - [a interacção é promovida através do] <i>“Incentivo ao aleitamento materno o mais precoce possível”</i> (rr5) - (o aleitamento materno deverá ser) <i>...durante pelo menos no 1º ano de vida, pois, considero a amamentação um ponto importante na relação mãe filho</i> (rr5)
	Contexto da interacção	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Informo/ incentivo esta interacção [contacto físico mãe e bebé] durante a preparação para o parto</i> (rr2) - <i>É fundamentalmente na preparação para o parto, nas consultas de saúde infantil que procuro enfatizar esta vinculação</i> (rr2) -[A promoção da interacção pode ser feita] <i>colocando a criança sobre a mãe</i> (rr7) - <i>...permitindo -lhe [A colocação da criança sobre a mãe] o primeiro contacto directo entre ambos</i> (rr7) - <i>... [promoção da interacção] promovendo o aleitamento materno (peito materno) logo em sala de partos</i> (rr7) - [esta interacção mãe-filho é feita] <i>logo após o parto desde que a criança esteja bem</i> (rr5)

Quadro geral das Categorias, Subcategorias e Unidades de Registo
(continuação)

Categorias	Subcategorias	Unidades de Registo
Intervenções do enfermeiro	Contexto da interacção	<p><i>-A sua promoção [da interacção] deverá ser incentivada no Bloco de Partos (assim tento) (rr7)</i></p> <p><i>- Procuro incentivar o contacto físico da mãe e bebé de preferência no momento do parto (rr2)</i></p>
	Razões da interacção	<p><i>- A sua promoção [da interacção] é a ajuda dada pelo profissional, no sentido de a grávida ficar na posse dos conhecimentos, ensinamentos... (rr4)</i></p> <p><i>- A segurança dada pelo apoio e conhecimento sobre o que se está a passar implica uma gravidez mais feliz, despreocupada, e o aumento da <u>tal interacção</u> (rr4)</i></p> <p><i>- (a promoção da interacção é) promovendo uma “maternidade eficaz” (rr6)</i></p> <p><i>- (a promoção da interacção é) estimulando a confiança da mãe (rr6)</i></p> <p><i>-[os conhecimentos, ensinamentos] que lhe permitam uma tranquilidade capaz de expor dúvidas e pedir a informação que ache necessária (rr4)</i></p> <p><i>-[tranquilidade necessária] para que aquela “<u>unidade</u>” se possa desenvolver sem riscos e /ou temores (rr4)</i></p>